

Tieteellinen, turvallinen ja sovinnainen uutuus

Suomalaisille lääkäreille suunnattu ehkäisypillerimainonta
vuosina 1962–1973

Aura Helena Pasila

Helsingin yliopisto

Valtiotieteellinen tiedekunta

Sosiologia

Pro gradu -tutkielma

Syyskuu 2010



HELSINGIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI

Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty Valtiotieteellinen tiedekunta		Laitos – Institution – Department Sosiaalitieteiden laitos	
Tekijä – Författare – Author Pasila, Aura			
Työn nimi – Arbetets titel – Title Tieteellinen, turvallinen ja sovinainen uutuus: Suomalaisille lääkäreille suunnattu ehkäisypillerimainonta vuosina 1962–1973			
Oppiaine – Läroämne – Subject Sosiologia			
Työn laji – Arbetets art – Level Pro gradu	Aika – Datum – Month and year 2010-09-06	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 121 s. + liitteet 7 s.	
Tiivistelmä – Referat – Abstract			

Tutkielmassa tarkastellaan suomalaisille lääkäreille suunnattua varhaista ehkäisypillerimainontaa ja sen suhdetta pillerin käytön yleistymiseen. Tavoitteena on vastata kolmeen pääkysymykseen: kuinka nopeasti pilleri levisi Suomessa ja ketkä olivat sen varhaisia käyttäjiä, miten mittavaa lääketehaiden pillerimainonta oli sekä millaisiin tekijöihin vetoamalla pillerin käyttöä pyrittiin painetussa mainosmateriaalissa edistämään. Työn yleinen viitekehys muodostuu toisen demografisen transition teoriasta, jonka mukaan länsimaissa 1960-luvulla alkaneeseen kokonaishedelmällisyyden laskuun kietoutuu laaja kulttuurinen murros. Teorian pohjalta pohditaan uuden ehkäisyteknologian käyttöönoton suhdetta syntyneisyyden vähenemiseen ja muihin aikakauden keskeisiin muutoksiin. Ehkäisypillerin merkitystä tarkennetaan lähestymällä sitä medikalisaation, teknologian sosiaalisen rakentumisen ja innovaation diffuusion näkökulmista.

Ennen aineiston analysointia työssä kuvataan laajasti ehkäisypillerin historiallista kontekstia sekä Yhdysvalloissa että Suomessa. Suomen osalta painotetaan pillerin yleistymisen kuvaamista muun muassa myyntilukujen avulla. Lisäksi pillerimainokset suhteutetaan muuhun suomalaiseen lääkemainontaan 1960-luvulla ja 1970-luvun alussa. Varsinainen empiirinen työ liittyy painetun mainosmateriaalin määrän ja sisällön tarkasteluun. Aineistoon valitut mainokset on kerätty Kansalliskirjaston pienpainatekokoelmasta ja Suomen Lääkäri-lehdestä, Sosiaalilääketieteellisestä Aikakauslehestä, Avioliitto ja lääkäri -lehdestä sekä Yhteiskunta ja lääkäri -lehdestä. Mainoksia on aineistossa yhteensä noin 490 sivua. Aineiston tarkastelun menetelminä käytetään pääasiassa sisällönanalyysia ja sisällön erittelyä. Tulosten tulkintaa syvennetään semioottisen ja retorisen käsitteistön avulla.

Tutkielman tulokset antavat uutta tietoa ehkäisypillerin omaksumisesta Suomessa. Taustatietojen ja ehkäisypillerimainosten sisällön perusteella vuosien 1962–1965 voidaan katsoa olleen pillerin esittelyn vuosia: nopeasti lisääntyvä mainonta jakoi teknistä yleisinformaatiota valmisteesta. Pilleriä mainostettiin usein hormonaalisena lääkkeenä. Käyttäjien määrä kasvoi melko hitaasti. Vuosina 1966–1969 mainoksissa annettiin näkyvämpi rooli käyttäjälle. Samalla mainosten informatiivisuus väheni. Pillerin nopeimman yleistymisen aika ajoittuu 1960-luvun lopulle. Samoihin aikoihin lehtimainonta alkoi vähentyä. Vuosien 1970–1973 aikana mainokset muuttuivat jälleen informatiivisemmiksi. Muutosta taustoitti sivuvaikutuksia koskevan huolestuneisuuden voimistuminen ja pillerin käyttäjämäärien kääntyminen laskuun.

Mainoksista erottuu kolme lääkäreihin kohdistuvan suostuttelun päämuotoa: instrumentaalinen eli välineorien-toitunut, medikaalinen eli lääkärin professionaaliseen rooliin perustuva sekä sosiaalinen, hallintaa korostava tyyppi. Hallinta viittaa sekä naisen kautta tapahtuvan sosiaalisten ongelmakysymysten hallinnan että naiselle suodun reproduktioelimistön kontrollin tarpeellisuuden perusteluun. Pilleri kytkettiin vahvasti keskiluokkaisen ydinperheen suojeluun. Mainosten sisältö ei täysin vastaa innovaation diffuusion peruslinjoja mukaillutta käyttäjäryhmien laajentumista, vaan todellisuudessa nuoret ja naimattomat naiset ovat alkaneet käyttää pilleriä jonkin verran aiemmin kuin mainosten perusteella voisi päätellä. Lääketehaiden mainosten kautta pilleristä ei muodostu kuvaa sosiaalisesti vallankumouksellisenä.

Avainsanat – Nyckelord – Keywords ehkäisypillerit hedelmällisyys lääkkeet mainonta medikalisaatio teknologia
--

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Viitekehys	2
2.1 Kaksi demografista transitiota?	6
2.2 Transitiot ja syntyvyyden säännöstely	12
2.3 Raskauden ehkäisy lääketieteellisen teknologian avulla	17
2.3.1 Teknologian sosiaalinen rakentuminen	20
2.3.2 Uuden teknologian diffuusio	22
2.3.3 Mainonta diffuusiokanavana	24
2.3.4 Mainonnan elementeistä: sukupuoli, luonto, järki ja tunteet	26
3 Tutkimusasetelma ja -kysymykset	29
4 Katsaus ehkäisypillerin syntyhistoriaan	32
5 Suomalainen syntyvyyden säännöstelyn konteksti	42
5.1 Väestö kansakunnan voimana 1900-luvun alkuvuosikymmeninä	43
5.2 Sotien jälkeinen perheen jälleenrakennus	46
5.3 Yksilön vapaus ja velvollisuus valita 1960-luvulta lähtien	49
6 Mainosaineisto ja aineistolähtöiset menetelmät	58
7 Lääkemainonta Suomessa 1960-luvulla ja 1970-luvun alussa	66
8 Ehkäisypillerimainonta vuosina 1962–1973	69
8.1 Ehkäisyväline- ja pillerimainosten määrä	70
8.2 Pillerimainosten yleinen ulkoasu	73
8.3 Valikoitujen mainosten sisällön tarkastelu	74
8.3.1 Tekninen informaatio	78
8.3.2 Tieteellinen, siedetty ja fysiologinen teknologia	81
8.3.3 Tehokkuuden ja turvallisuuden rakennustyö	88
8.3.4 Naisen terveys, tarve ja hallinta käytön perusteina	93
9 Tulokset	97
10 Pohdinta	103
11 Aineistolähteet	107
12 Kirjallisuus	110
13 Liitteet	
Liite 1: Kokonaishedelmällisyys ja ehkäisypillereiden yleistyminen	122
Liite 2: Ehkäisypillerimarkkinoiden ja -mainonnan tarkastelua	123
Liite 3: Sisällön erittelyn tulokset	126

1 Johdanto

Pro graduni aihevalinta sai alkusysäyksensä jo yli kymmenen vuotta sitten. Luin kesälomallani Kaari Utrion (esim. 1996) Familia-teoksia, jotka käsittelevät eurooppalaisen perheen historiaa. Eri aikakausina eläneiden naisten arjen ankaruus tuntui järkyttävältä. Erityisesti huomioni vangitsivat kohdat, joista nykyään voitaisiin puhua seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsittein. Lukukokemuksen synnyttämät tuntemukset palasivat mieleeni, kun pohdin syitä, joiden vuoksi ehkäisypillereiden historian tarkastelu vaikutti tärkeältä aiheelta. Ymmärsin työn edetessä, että kiinnostukseni liittyy haluun kuvata ja ymmärtää sellaisia kehityskulkuja, joiden tuloksena suomalaisten naisten nykyisen arjen puitteet ovat rakentuneet.

Lisääntyminen jäsentää edelleen keskeisesti naisten elämää, mutta aiempiin vuosisatoihin ja -tuhansiin verrattuna siitä on tullut varsin monivaiheisten valintojen sarja: hankkiako lapsia vai ei, milloin, kenen kanssa ja kuinka monta? Hienosyisemmällä tasolla pohdinta voi uusien lisääntymisteknologioiden myötä ulottua siihenkin, millaisen lapsen tuleva äiti on valmis synnyttämään. Mielenkiintoni lisääntymisvalintoja kohtaan syveni edelleen väestötieteen opintojen myötä, kun hahmotin yhteyden naisten tekemien valintojen ja väestötasoisten kehityskulkujen välillä. Yksilöllistymisestä ja uusien vaihtoehtojen avautumisesta huolimatta valinnoissa näyttää olevan paljon yhdenmukaisuuksia.

Aloin kiinnostua siitä, mikä on ollut modernin ehkäisyteknologian merkitys lisääntymisvalintojen tekemisen kannalta. Iso osa valinnoista toteutetaan nykyään lääketieteen avustuksella, vaikka lääketieteen apu ei olekaan lisääntymisen kontrolloimisessa välttämätöntä. Silti erityisesti ehkäisypillerin 1960-luvulla käynnistynyttä leviämistä pidetään usein vallankumouksellisenä ilmiönä. Pilleriä ei ensisijaisesti kytketä monissa maissa sen leviämisen aikoihin tapahtuneeseen kokonaishedelmällisyyden laskuun, vaan huomio kiinnitetään uuden teknologian naisille tarjoamiin mahdollisuuksiin. Varman ehkäisyn katsotaan osaltaan mahdollistaneen normien murros, seksuaalivallankumous. Yhteys on toisaalta myös kyseenalaistettu. (Esim. Watkins 1998, 1–2; May 2010, 71–91; Rämö 2010.) Pillerin käyttäjämäärien perusteella voidaan joka tapauksessa puhua mittakaavaltaan valtavasta arkielämän muutoksesta. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan yli 80 prosenttia 18–54-vuotiaista suomalaisista naisista oli joskus käyttänyt

pillereitä. Nuorehkojen naisten ikäryhmissä osuus oli noin 90 prosenttia. (Kosunen ym. 2004, 57.)

Keväällä 2009 osallistuin Ilpo Helénin, Mianna Meskuksen ja Lotta Hautamäen kurssille ”Lisäntymisteknologia ja elämän politiikka”, jonka myötä yleinen kiinnostukseni alkoi saada täsmällisempää muotoa. Havaitsin, että pilleriin liitettyyn merkittävyyteen nähden sen leviämistä on Suomessa tutkittu yllättävän vähän. Sain kurssilla vihjeen 1960- ja 1970-lukujen ehkäisy pillerimainoksista. Ajattelin, että ne voisivat tarjota johtolankoja sellaisista keinoista, joiden avulla pillereiden leviämistä on pyritty edistämään. Työni aiheeksi muodostui se, millaista lääkäreihin kohdistuvaa suostuttelua lääketehaat ovat harjoittaneet. Asiaa selvittääkseni ryhdyin keräämään lääkemainoksia Kansalliskirjaston pienpainatekokoelmasta ja myöhemmin lääkäreille suunnatuista lehdistä. Päätin aloittaa tarkasteluni vuodesta 1962, jolloin pilleri tuli markkinoille, ja lopettaa sen vuoden 1973 (Tommila & Tiitta 2000, 585). Tämän ajanjakson kuluessa aluksi varovaiset suomalaisasiantuntijat alkoivat suhtautua yhä hyväksyvämmiin ehkäisy pilleriin (Warpenius 1997b). Yleisemmin 1960-luvun jälkipuolelta lähtien lisääntynyt vapaamielisyys ehkäisyn suhteen sinetöitiin kansanterveyslailla (66/1972), jonka perusteella kuntien täytyi alkaa järjestää ehkäisyneuvontaa (ks. Lääkintöhallitus 1972b).

Työni ajankohtainen relevanssi liittyy pillerin leviämisen ymmärtämiseen osana lisääntymisen lääketieteellistymistä. Tavoite säädellä lisääntymistä ei syntynyt länsimaissa 1960-luvulla, mutta tuolloin tähän pyrkimykseen liittyi uudentyyppinen moderni ehkäisyteknologia (Cleland 2001, 46). Pillerin omaksuminen on osa yhteiskunnallista muutosta, jonka myötä lisääntymistä ja elämää yleisemminkin parannellaan sekä kontrolloidaan yhä enemmän medikaalisen teknologian avulla. Muutos on muokannut ja muokkaa edelleen ihmisten elämää ja sen kulussa avautuvia mahdollisuuksia perustavilla tavoilla. Seuraukset ovat luonteeltaan ambivalentteja, eivät yksiselitteisesti hyviä ja vapauttavia tai huonoja ja alistavia. (Helén 2002.)

2 Viitekehys

Tarkastelen aluksi sekä väestötieteellisiä että sosiologisia lähestymistapoja moderneihin ehkäisyvälineisiin ja erityisesti ehkäisy pilleriin. Sovellan viitekehyksen kehittyessä

triangulaation periaatetta, koska katson eri näkökulmien täydentävän toisiaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 144). Työni yleisen taustan muodostaa demografisen transition teoria. Keskityn sen eri uudelleenmuotoiluista kahden demografisen transition teoriaan, jonka keskiössä on toisen maailmansodan jälkeen monissa teollistuneissa maissa tapahtunut kokonaishedelmällisyyden uusi lasku (esim. van de Kaa 1987; Lesthaeghe 1995). Väestötieteellisen lähtökohdan vuoksi käytän työssäni hedelmällisyyden käsitettä sen demografisessa merkityksessä, jolloin se viittaa hedelmällisyysikäisten naisten synnyttämien lasten määrään suhteutettuna kaikkien vastaavan ikäisten naisten määrään, ei hedelmällisyyteen biologisessa mielessä (Pitkänen 2007, 340).

Aloitan viitekehyksen rakentamisen väestötasolta kahdesta syystä. Ensinnäkin eri väestöjen kokonaishedelmällisyyden lasku, joka on osa väestöllisen muuntumisen prosessia, muodostaa yleisen perustan ehkäisypillerin kehittämiseksi ja sen laajamittaiselle omaksumiselle. Ehkäisyvälineille ei olisi kysyntää, jos syntyvyyttä ei pyritäisi säätelemään. Toisekseen kahden demografisen transition teorian keskeinen teesi on se, että 1960-luvulla käynnistyneen kokonaishedelmällisyyden laskun taustalla vaikuttaa uudenlainen syntyvyyden säännöstelyn motivaatio (van de Kaa 2002, 6). Työni kannalta tärkeä kysymys on se, mikä on toiseen transitiioon liitettyjen asenne- ja käyttäytymismuutosten, syntyvyyden säännöstelyn uudenlaisen motivaation sekä kokonaishedelmällisyyden alenemisen kanssa lähes yhtä aikaa levinneen uuden ehkäisyteknologian välinen suhde.

Toinen peruste demografiselle lähtökohdalle liittyy väestöajattelun käsitteeseen. Väestöajattelu viittaa siihen, mitä väestötekijöiden eli väestön tilaa ja muutoksia kuvaavien tekijöiden sekä muiden yhteiskunnallisten ilmiöiden välillä vallitsevista yhteyksistä ajatellaan. Väestöajatteluun heijastuvat yhtäältä vallitsevat arvot ja yleisesti hyväksytyt tavoitteet, toisaalta väestötilastoista havaitut kehityskulut. (Pitkänen 1988, 8, 14–15.) Väestöajattelu ohjaa ainakin osin sitä, millaisia väestöpoliittisia tavoitteita väestötekijöiden kannalta relevantteina pidettyjen asioiden suhteen asetetaan. Ehkäisyvälineille voi olla vaikeaa saada hyväksyntää yhteiskunnassa, jossa korkeaa hedelmällisyyttä pidetään väestöpoliittisesti tärkeänä (emt., 53). Vastaavasti väestönkasvun haitallisia seurauksia painottavat väestöajattelun suuntaukset voivat edistää ehkäisyteknologian kehitystä ja leviämistä (esim. Reed 1985, 393–394).

Siltana väestötieteellisen ja sosiologisen lähestymistavan välillä toimii Richard Easterlinin (1975) laajennettu mikroekonominen hedelmällisyyden selitysmalli. Se tarjoaa toisen demografisen transition teoriaa yleisluontoisemman kehikon syntyvyyden säännöstelyn motivaation tarkasteluun ja selkeyttää käytössä olevan teknologian suhdetta motivaatioon. Easterlin (emt.) esittää, että syntyvyyttä aletaan säädellä, kun vanhemmat saivat enemmän lapsia kuin haluaisivat eivätkä syntyvyyden säännöstelyn kustannukset ylitä tilannekohtaisesti määräytynyttä raja-arvoa. Kustannukset eivät ole pelkästään taloudellisia, vaan ne voivat olla myös psyykkisiä. Kehikko auttaa kiinnittämään huomiota myös siihen, että syntyvyyden säännöstelyyn käytettyjä keinoja arvioidaan aina tietyssä kontekstissa.

Kehyksessä on huomioitu se, että taloudelliset, kulttuuriset, sosiaaliset ja teknologiset tekijät vaikuttavat yhdessä yksilöiden näkemyksiin, toimintaan ja lopulta kokonaisu-hedelmällisyyden tasoon. Modernien ehkäisykeinojen voi väittää alentavan syntyvyyden säännöstelyn kustannuksia esimerkiksi aborttiin verrattuna – ainakin länsimaaisessa kontekstissa (ks. Leppo 1978, 14–15). Toisaalta niihin liittyy myös merkitykseltään ambivalentteja piirteitä. Yksi tällainen piirre on välineiden medikaalisuus. Varsinkin ehkäisy-pillerin myötä lääketiede on saanut syntyvyyden säännöstelyn kentällä aiempaa tärkeämmän roolin (Marks 2001, 116–117). Syntyvyyden säännöstelyn medikalisoituminen voi aiheuttaa sekä taloudellisia että psyykkisiä kustannuksia. Hallitakseen lisääntymistään naisen täytyy mukautua lääkärin kontrolliin, olla lääkärin näkökulmasta sopiva käyttäjä ja sietää teknologian epätäydellisyys. Toisaalta yhteys lääketieteeseen on nähty myös uuden ehkäisyvälineen leviämisen kannalta myönteisenä, sen yleistä hyväksyttävyyttä lisäävänä piirteenä. (Watkins 1998, 131.) Raja on työni koskemaan ehkäisy-pilleriä, vaikka jokseenkin samoihin aikoihin otettiin käyttöön myös toinen uusi medikaalinen ehkäisyväline, kierukka (Brunila 1966, 1310; Nieminen 1966, 2075). Kierukkaa on kuitenkin Suomessa käytetty 1960-luvulla varsin vähän (Sievers ym. 1974, 409).

Medikaalisen syntyvyyden säännöstelyn kontekstin muotoutuminen ja pillerin asettuminen tähän yhteyteen etuineen ja kustannuksineen ei ole ollut itsestään selvää. Länsimaaisen lääkärikunnan edustajat suhtautuivat syntyvyyden säännöstelyyn penseästi suuren osan 1900-luvusta (esim. McLaren 1990, 259). Näin on ollut Suomessakin: enemmistö

lääkäreistä vastusti 1900-luvun alkupuolella ehkäisyn harjoittamista (Ritamies 2006, 189). Pillerin leviämisen kannalta lääkärikunnan antama hyväksyntä oli kuitenkin ratkaisevan tärkeä, koska valmisteen määrääminen jätettiin lääkäreiden etuoikeudeksi. Lääkkeenkaltaisen pillerin on väitetty tehneen ehkäisystä legitiimiä lääketieteellistä toimintaa. Alkuvaiheen epäilyksistä huolimatta lääkärit omaksuivatkin pillerin. Samoin tapahtui Suomessa. (Warpenius 1997b; Marks 2001, 116–117.)

Lääkäreiden uudelleenorientoitumisen taustalla on epäilemättä monia tekijöitä. Yksi selitys on se, etteivät lääkärit kontrolloi tehtäväkenttäänsä täysin suvereenisti, vaan myös heihin kohdistuu säätelyä: lääkärikunnan etuoikeudet ja velvollisuudet ovat sidoksissa poliittiseen päätöksentekoon ja lainsäädäntöön. Toisaalta suomalaisilla lääkäreillä ei 1960-luvun alussa ollut terveydenhuoltojärjestelmän taholta painetta omaksua uutta teknologiaa. Kunnille asetettiin lakisääteinen velvoite järjestää ehkäisyneuvontaa vasta kansanterveyslaissa (66/1972) vuonna 1972. Merkittävä muutos lääkäreiden asenteissa tapahtui kuitenkin jo ennen lain voimaantuloa (Warpenius 1997b). Muutoksen taustalla saattaa olla lääkäreihin kohdistunut suostuttelu. Omassa työssäni keskityn pohtimaan yhtä pillerin omaksumista mahdollisesti vauhdittanutta suostuttelun tyyppiä, varhaista mainontaa (ks. Marks 2001, 121–122). Mainonnan sisältö kertonee jotakin pilleriin liittyneistä käsityksistä, kuten siitä, kenen käyttöön sen on katsottu sopivan ja missä tilanteissa.

Sovellan mainonnan sisällön tarkastelussa teknologian sosiaalisen muovaamisen ja sosiaalisen rakentumisen näkökulmia (Pinch & Bijker 1989; Bijker 1995; MacKenzie & Wajcman 1999). Mainonnan avulla pyritään edistämään asioiden omaksumista, joten mainokset voidaan ymmärtää yhdeksi uuden teknologian diffuusiokanavaksi. Mainosten sisältö ammennetaan kulttuurisista resursseista samalla, kun mainokset itse muodostuvat uusiksi kulttuurisiksi resursseiksi. (Leiss ym. 2005, 5, 87–19.) Tulkitsen tätä oman aiheeni ja Everett Rogersin (2003) innovaatioiden diffuusiota koskevan teoretisoinnin valossa siten, että uudet asiat pyritään mainoksissa kytkemään olemassa oleviin kulttuurisiin resursseihin, minkä tarkoituksena on edesauttaa innovaation leviämistä. Käyn kirjallisuutta läpi selvittääkseni sitä, millaisia ovat olleet lääkemainonnassa ja erityisesti ehkäisy pillerimainonnassa keskeiset kulttuuriset resurssit.

2.1 Kaksi demografista transitiota?

Väestötieteen ydinalueena voidaan pitää väestöllisen transition teoriaa. Transitioteoria ja sen muunnelmat pyrkivät tarjoamaan selityksiä sille, miksi monien väestöjen kuolleisuus ja syntyneisyys näyttävät muuttuneen säännönmukaisesti viimeisen parinsadan vuoden aikana. Teorian klassisissa hahmotelmissa väestöllisen transition katsottiin käynnistyvän korkean kuolleisuuden laskulla. Perustavina syinä pidettiin modernisatiomuutoksia, jotka ilmenivät teollistumisena, kaupungistumisena sekä elinolojen kohentumisena muun muassa ravitsemuksen parantumisen ja lääketieteen edistymisen seurauksena. Uudenlaisessa teollistuneessa ja urbaanissa ympäristössä suuri hengissä selviävä lapsijoukko kävi kuitenkin monille perheille sekä kalliiksi että vaivalloiseksi. Rationaalinen ratkaisu kuolleisuuden ja syntyneisyyden epäsuhtaan oli syntyvyyden säännöstely. Eurooppalaiset ja pääosin eurooppalaisista siirtolaisista koostuvat väestöt alkoivat harjoittaa sitä yleisesti. Hedelmällisyyden lasku kuitenkin seurasi kuolevuuden laskua kulttuurisen inertian vuoksi viiveellä, jonka aikana väestö kasvoi nopeasti. Periaatteessa väestönkasvun ajateltiin loppuvan syntyvyyden säännöstelyn myötä uuteen tasapainotilaan. Joissakin muotoiluissa huomioitiin myös se mahdollisuus, ettei näin kävisi vaan väestö alkaisi vähentyä. (Thompson 1929; Davis 1945; Notestein 1945.)

Väestötieteen suurta teoriaa on testattu empiirisesti tutkimalla tapahtuneita väestömuutoksia ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä (esim. Coale & Watkins 1986). Lisäksi sitä on pyritty muotoilemaan uudelleen useista teoreettisista näkökulmista (ks. esim. Mason 1997; Wilson 1999; Caldwell ym. 2006). Yleispätevää teoreettista mallia ei yrityksistä huolimatta toistaiseksi ole onnistuttu luomaan – kenties siksi, ettei kaikkia muutoksia voi selittää samoilla syillä (Mason 1997, 444–446; Hirschman 2001, 116–117). Yksi työni kannalta kiinnostava keskustelun haara liittyy monissa länsimaissa 1960-luvulla alkaneeseen hedelmällisyyden uuteen laskuun ja sen ympärille rakentuvaan teoretisointiin (van de Kaa 2002, 6).

Hedelmällisyyden ensimmäinen transitio käynnistyi Euroopassa ja eurooppalaisten siirtolaisten asuttamissa maissa pääosin 1800–1900-lukujen vaihteessa. Sen alkamisen mitapuuna on pidetty aviollisen hedelmällisyyden kymmenen prosentin laskua. Raja saavutettiin suurimmassa osassa Euroopan maita 1880–1930-luvuilla. Suomessa kynnys

alitettiin vuoden 1910 tietämillä. (Coale & Treadway 1986, 37–38; Knodel & van de Walle 1986, 394–395; Caldwell 2008, 430, 434). Lasku jatkui 1930-luvulle asti. Toisen maailmansodan jälkeen monissa maissa koettiin baby boomiksi nimetty nopea hedelmällisyyden nousu. Se ei kuitenkaan jatkunut kauaa, sillä syntyneisyys kääntyi 1960- ja 1970-lukujen aikana jyrkkään laskuun ja on laskun loputtuakin pysytellyt matalana. (Caldwell 2008, 430–431, 435, 437.)

Kahden demografisen transition puolestapuhujat, teorian 1980-luvulla muotoilleet Dirk van de Kaa (1987; 2002; 2004) ja Ron Lesthaeghe (1995), erottavat kaksi transitiota toisistaan hedelmällisyyden uuden laskun ja sen selittäjäksi esitetyn uudenlaisen individualistisen motivaation perusteella. Teoriaan sisältyy ajatus perustavasta muutoksesta perheen ja lapsien merkityksessä sekä perheenmuodostamiskäyttäytymisessä. Väestömuutoksia selitetään ihmisten ajatustapoja muokkaavien kulttuuristen innovaatioiden kautta. Yksilön itsensä toteuttamista painottava motivaatio tekee ymmärrettäväksi sen, miksi hedelmällisyys voi – vastoin joidenkin klassisen transitioteorian muotoilujen oletuksia – jäädä pitkäaikaisesti alle sen tason, jota väestön uusiutuminen edellyttäisi. Keskeisenä teorian muotoilun virikkeenä on sen kehittelijöiden mukaan toiminut Philippe Ariès'n (1980) artikkeli muuttuvista elämäkatsomuksista ja niiden vaikutuksista hedelmällisyyteen.

Ariès (emt.) esittää, että ensimmäisen hedelmällisyyden laskun taustalla vaikutti perheiden uudenlainen suunnitelmallisuus. Se kumpusi modernista näkemyksestä, jonka mukaan luonnon piiriin kuuluvat asiat ovat ihmisen muokattavissa. Myös ruumis ja sukupuolielämä alettiin mieltää muokattavissa oleviksi. Näkemys yhdistyi vanhempien pyrkimykseen varmistaa jälkikasvunsa sosiaalinen ja taloudellinen nousu. Vanhemmat koettivat syntyvyyden säännöstelyn avulla turvata tähän tarvittavat resurssit. Uuden perhemallin yleistyminen ilmeni sekä keskiluokan kasvuna että kokonaishedelmällisyyden pienenemisenä. Sodan jälkeinen talouden laajentuminen ja sen myötä leviävä konsumerismi näyttivät kuitenkin tekevän suunnitelmallisuuden turhaksi. Perheisiin syntyi yhtäkkiä aiempaa useampia lapsia. Seuraava, 1940–1950-lukujen aikana syntynyt sukupolvi ei kuitenkaan ollut tyytyväinen suureen lapsilukuun ja siihen liittyvään kotiäiti-perhemalliin. Varsinkin nuoret naiset halusivat elämältään jotakin muuta. Mentaliteetin

muuttuminen näkyi lasten aseman muutoksena. Lasten tulevaisuuden suunnittelun sijaan keskeisen paikan perheessä valloitti aikuisten pyrkimys toteuttaa itseään, jolloin lasten tärkeys perheessä vähentyi. Lapsikuninkaan ajasta siirryttiin kuningasparin aikaan (van de Kaa 1987, 11).

Ariès'n tavoin van de Kaa (1987; 2002) ja Lesthaeghe (1995) liittävät väestölliset muutokset laajoihin kulttuurisiin, sosiaalisiin, poliittisiin, taloudellisiin ja teknologisiin muutoksiin. Ariès'n kuvaaman mentaliteetin muutoksen ohella heidän toinen keskeinen inspiraation lähteensä on ollut Ronald Inglehartin (esim. 1997) teesi postmaterialististen arvojen leviämisestä ja yhteiskuntien postmodernisoitumisesta (ks. van de Kaa 2001). Lesthaeghe (1995) näkee Inglehartia mukaillen suuren yhteiskunnallisen muutoksen tunnusmerkkeinä individualismin ja antiautoritaarisuuden korostumisen. Elämältä vaaditaan enemmän kuin ennen. Uudet arvot korostavat yksilön autonomiaa, valinnanvapautta ja itsensä toteuttamista. Ne ovat yhteydessä esimerkiksi uudenlaisiin tasa-arvo- ja ihmissuhdevaatimuksiin – sekä konsumerismiin. Konsumerisminkin ytimessä on oman itsen toteuttaminen ja esille tuominen. Muutoksen taustalla vaikuttavat syyt liittyvät maiden vaurastumiseen ja tietynlaiseen kulttuuriseen kehikkoon, joka on mahdollistanut uusien arvojen esille murtautumisen. Lesthaeghe kutsuu kehikkoa protestanttiseksi. Myös hyvinvointivaltion kehittyminen on voinut edesauttaa toiseen demografiseen transitiioon liitettyjä muutoksia lisäämällä yhteiskuntien turvallisuutta ja vakautta.

Demografisesta näkökulmasta olennaista on se, että postmodernin mentaliteetin omaksuminen tai sen alakategoriaksi ymmärrettyjen postmateriaalisten arvojen omaksuminen ilmenee käyttäytymismuutoksina (van de Kaa 2001). Väestötieteellisesti keskeisiä muutoksia ovat periodi- ja kohorttihadelmällisyyden lasku, avioitumisiän nousu ja avioliiton solmivien osuuden pieneneminen, avoliiton yleistyminen, liittojen purkautumisen lisääntyminen, yksinhuoltajien määrän kasvu, aviottoman hadelmällisyyden yleistyminen ja modernien ehkäisyvälineiden omaksuminen. Lapsia hankitaan yhä myöhemmin ja lapsettomuuskin yleistyy. Transition alkuvaiheessa uudet asenteet saattoivat toisaalta ristiriitaisesti tuoda mukanaan pikaisia avioliittoja tehokkaan ehkäisyteknologian puutteessa. Muutokset käynnistyivät Euroopassa jo 1950-luvulla, mutta transition varsinainen alku on ajoitettu noin vuoteen 1965. Transition alun määritelmä ei ole yhtä selvä-

jainen kuin ensimmäisen transition kohdalla, vaikka samankaltaista hedelmällisyyden laskuun perustuvaa rajaa onkin sovellettu: aviollisen hedelmällisyyden sijaan on tosin tarkasteltu kokonaishedelmällisyyttä. Hedelmällisyyden lasku on kuitenkin vain yksi osa muutosta. (van de Kaa 1987; Lesthaeghe 1995; van de Kaa 2002.)

Toisen demografisen transition teoriaa on kritisoitu monin tavoin. Koko käsite on kyseenalaistettu huomauttamalla siitä, että alkuperäisestä transitioteoriasta poiketen se käsittelee lähinnä muutoksia hedelmällisyydessä (Coleman 2004, 14). Teorian yhteyteen on kuitenkin soviteltu myös kuolleisuutta – ja jopa muuttoliikettä. Kuolleisuuden laskua ei kuitenkaan pidetä muutosten moottorina. (Van de Kaa 2002, 19–23; van de Kaa 2004, 6–7.) Käsitteellinen kritiikki on huomioitu suoraviivaisemminkin viittaamalla pelkästään hedelmällisyyden toiseen transitiioon (Caldwell 2008, 429). Tämä ratkaisu on empiirisesti kohtuullisen hyvin perusteltavissa. Se ei myöskään edellytä luopumista motivaatiomuutoksen ajatuksesta. Käytän itse kuitenkin teoriasta sen muotoilijoita seuraten toisen demografisen transition käsitettä.

Teoriaa on kritisoitu myös keskittymisestä muutoksiin, jotka eivät ole väestötieteen keskeisintä aluetta (Coleman 2004, 14). Sosiologian teoreettisesta arsenaalista näyttää löytyvän useita samankaltaisia muutoksia kuvaavia teorioita ja käsitteitä, joista Anthony Giddensin (1992, 58) puhdasta suhdetta voi pitää yhtenä esimerkkinä. Se viittaa suhteisiin, joita yksilöt eivät solmi velvollisuuden vuoksi. Suhde pysyy yllä niin kauan, kun yksilöt ovat siihen kyllin tyytyväisiä. Pyrkimystä yhdistää väestötieteellisiä ja sosiologisia näkökulmia voi toisaalta pitää myös toisen demografisen transition teorian etuna. Se täydentää sosiologisia tarkasteluja kvantifioimalla muutoksia, tutkimalla operationalisoitujen tekijöiden suhteita väestötasolla ja etsimällä yleistyksiä (ks. Lesthaeghe 1995). Sitä paitsi modernisoitumisuutoksia koskeva teorianmuodostus heijastui muun muassa sosiologiasta jo varhaisimpiinkin transitioteorian muotoiluihin (Watkins 1986, 421–422, 427).

Perustavin kritiikki liittyy siihen, onko kahden erillisen transition erottelu ylipäänsä perusteltu. Hedelmällisyyden transitiota voidaan väittää yhtenäiseksi ilmiöksi muistutamalla siitä, että jo 1930-luvulla länsimaissa saavutettiin hyvin matalia hedelmällisyystasoja (Coleman 2004, 17–18). Toiseksi transitioksi nimettyä ilmiötä on siten mahdol-

lista pitää jo käynnissä olleiden modernisaatiokehityskulkujen kiihtymisenä (Cliquet 1991, 72). Hedelmällisyyden laskun katkaiseva baby boom voidaan mieltää poikkeusilmiöksi, jonka aikana jo omaksuttu lisääntymiskontrolli vain löystyi hetkeksi (Watkins 1986, 432; Coleman 2004, 18). Toisen transition kannattajat kuitenkin painottavat motivaatiota ja uusia asenteita ratkaisevana transitioita erottelevana tekijänä. Ensimmäisen transition aikaista matalaa hedelmällisyyttä on selitetty altruistisella huolella jälkikasvun pärjäämisestä (van de Kaa 1987, 5). Toisaalta on esitetty näkemyksiä, joiden mukaan toiseen transitiioon liitetty individualistinen arvomaailma näkyi ihmisten käytöksessä jo ensimmäisen transition aikana 1920–1940-luvuilla (emt., 5; Van Bavel, 2010). Välimuotoa edustaa Lesthaeghen (1995, 21) väite siitä, että individualistisia virtauksia esiintyi jo ensimmäisen transition aikana mutta että ne murtautuivat julkisuuteen vasta toisen transition myötä.

Teorian pätevyys on asetettu kyseenalaiseksi myös epäilemällä sen käsittelemien kehityskulkujen yleistettävyyttä ja pysyvyyttä. Matalimmat kokonaishedelmällisyystasot löytyvät pääasiassa maista, joissa vallitsevat konservatiiviset arvot. Esimerkiksi Etelä-Euroopan maissa kokonaishedelmällisyys on varsin alhainen. Joissakin Itä-Euroopan maissa on tapahtunut monia toiseen demografiseen transitiioon liitettyjä väestöllisiä muutoksia, mutta samaan aikaan maiden taloudellinen tilanne on niin heikko, että post-materiaalisten arvojen omaksuminen vaikuttaa epätodennäköiseltä selitykseltä. (Coleman 2004, 17–22.) Van de Kaa (2004, 10) kuitenkin odottaa, että transitiio tulee tapahtumaan kaikissa teollistuneissa maissa, joissa teoriaan liittyvä arvomuutos toteutuu. On syytä huomata, ettei matalaa hedelmällisyyttä tai tiettyjä käyttäytymismuutoksia ehkä nyky-Euroopassakaan aina voi selittää toisen demografisen transition avulla. Tämä toisaalta rajoittaa teorian selitysvoimaa, mutta se ei välttämättä ole ongelma, jos määrittelyllään tarkasti ehdot, joiden täytyessä muutoksen pitäisi tapahtua.

Kokonaishedelmällisyyden lasku on toistaiseksi näyttänyt melko pysyvältä. Sen tuloksena muutamissa maissa väestö on jo alkanut pienentyä (esim. Statistisches Bundesamt Deutschland 2010). Muutoksessa ei ole kyse vain lasten hankkimisen lykkäämisestä vaan myös hankitun lapsiluvun pienenemisestä. Matalan kokonaishedelmällisyyden maissa keskimääräinen toteutunut kohorttihedelmällisyys on 1940-luvulla syntyneillä

naisilla jäänyt noin 2,1 lapseksi määritellylle uusiutumistasolle. Toteutuneen kohortti-hedelmällisyyden lasku on jatkunut vuosina 1950–1966 syntyneiden kohorttien kohdalla päätyen väestön uusiutumisrajan alapuolelle. Tosin joidenkin maiden nuorimpien kohorttien toteutuneessa hedelmällisyydessä on tapahtunut tasoittumista ja hienoista nousuakin. (Frejka & Calot 2001, 105–107.) Tuoreessa artikkelissa tuodaan esille havainto pienestä kasvusta monien taloudellisesti ja sosiaalisesti kehittyneiden maiden kokonaishedelmällisyydessä (Myrskylä ym. 2009).

Van de Kaa (2002, 29–30) on tehnyt hiukan samantyyppisen ja toisen demografisen transition teorian kannalta vaikeasti selitettävän havainnon: monien maiden kokonaishedelmällisyys ja postmaterialismipisteet näyttävät korreloivan positiivisesti keskenään. Yhtenä ongelmallisena selityksenä hän esittää sitä, ettei postmaterialistisuus välttämättä johdakaan kaikkein alhaisimpaan lapsilukuun. Postmodernin maailmankatsomuksen omaavat ihmiset voivat toteuttaa itseään hankkimalla lapsia silloin, kun olosuhteet ovat siihen sopivat. Selitys tekee teorian falsifioinnin mahdottomaksi tai ainakin vaikeammaksi. Jos se hyväksytään, toisen transition keskeinen piirre, hedelmällisyyden lasku, menettää merkitystään ja siten teorian yhteys väestötieteeseen heikkenee.

Joka tapauksessa kahden demografisen transition teoria näyttää monia lähestymistapoja perusteellisemmin kiinnittävän huomiota länsimaissa viime vuosikymmenien aikana tapahtuneisiin muutoksiin. Sen merkittävyys liittyy nähdäkseni juuri niiden huomioimiseen. Ajan kuluminen antaa perspektiiviä tapahtuneisiin muutoksiin ja ainakin niiden kestävyYTEEN. Toisen demografisen transition teorialla on vahvuutensa, etenkin pyrkimys linkittää laaja sosiaalinen muutos väestöllisiin muutoksiin. Monien maiden kokonaishedelmällisyyksissä tapahtuneet muutokset, ja niihin liittyen myös ihmisten ajatusmaailmassa ja elämäntavoissa 1950-luvun jälkeen tapahtuneet murrokset, vaativat huomiota. Toisaalta toisen demografisen transition teoriaan liittyy kuitenkin ongelmakohtia. Edellä mainittujen pulmien lisäksi siinä on yksi työni kannalta relevantti epätarkkuus: mikä on modernien ehkäisyvälineiden leviämisen merkitys suhteessa muihin tapahtuneisiin muutoksiin?

Traditionaalisista moderneihin ehkäisyvälineisiin siirtyminen esitetään yhtenä toisen transition keskeisenä piirteenä (van de Kaa 2002, 10). Ehkäisy pilleri ja kierukka levisi-

vät jokseenkin samoihin aikoihin kuin hedelmällisyyden lasku alkoi. Ehkäiseminen yleistyi ja lisäksi tehokkaammat menetelmät syrjäyttivät epäluotettavammat. Teknologia vaikutti arvomuutokseen, mutta sen yleistyminen myös kertoi arvojen muutoksesta. Sekä teorian kritisoijat että kannattajat pitivät uutta teknologiaa merkittävänä tekijänä mutta korkeintaan muutosta aikaistavina ja kiihdyttävinä (Cliquet 1991, 72; van de Kaa 1987, 26, 28; Frejka & Ross 2001, 234–235; van de Kaa 2002, 18, 24–25). Ariès (1980, 649–650) piti uusien tehokkaiden ehkäisyvälineiden käyttöä osoituksena muuttuneesta asennoitumisesta lastenhankintaan mutta itsenäiseltä merkitykseltään sekundäärisenä. Uudet menetelmät ovat luotettavia, mikä on antanut paremmat mahdollisuudet estää ei-toivottujen lasten syntymä, mutta syvällisempi muutos tapahtui riippumatta välineistä.

Toisen demografisen transition teoriassa motivaatio säädellä syntyvyyttä näyttää saavan käytössä olevaa teknologiaa merkittävämmän roolin – huolimatta siitä, että uuden teknologian merkitystä korostetaan muutoksen ajoituksen ja etenemistahdin kannalta (van de Kaa 1987, 26). Mutta missä määrin toisen transition ominaispiirteet ovat riippuneet uudesta teknologiasta? Vastaus on epäselvä. Teknologian vaikutusten hypoteettinen erottaminen kontekstistaan on ongelmallista, koska vailla historiallisia koemahdollisuuksia väitteet jäävät spekulatiivisiksi. Syntyvyyden säännöstelyn käytettyjen menetelmien suhde hedelmällisyyteen vaatii yksityiskohtaisempaa tarkastelua.

2.2 Transitiot ja syntyvyyden säännöstely

Väestötieteen piirissä on rakennettu muutamia yleisluontoisia teoreettisia kehikkoja, joita voi hyödyntää metanäkökulmina transitioteoretisointiin. Yksi niistä on Richard Easterlinin muotoilema hedelmällisyyden selitysmalli. Se sisältää kolme komponenttia: lasten kysynnän eli karkeasti ottaen halutun perhekoon, lasten potentiaalisen määrän eli tarjonnan ilman tarkoituksellista lapsirajoitusta sekä syntyvyyden säännöstelyn aiheuttamat kustannukset. Jos lasten tarjonta ylittää kysynnän, syntyy motivaatio rajoittaa lapsilukua. Syntyvyyden säännöstelyä harjoitetaan silloin, kun sen aiheuttamat kustannukset ovat riittävän pienet suhteessa motivaatioon. Kustannukset eivät liity vain taloudellisiin tekijöihin, vaan ne voivat Easterlinin mukaan olla myös psyykkisiä. Ajatus syntyvyyden säännöstelystä tai sen harjoittaminen käytännössä saattaa aiheuttaa mielipahaa tai vaihtoehtoisesti mielihyvää. Kustannusten kokonaistaso riippuu yhteiskunnassa val-

litsevista yleisistä asenteista syntyvyyden säännöstelyä kohtaan, tiettyyn tekniikkaan liittyvistä näkemyksistä, yksilöiden henkilökohtaisista käsityksistä ja tarjolla olevien keinojen saavutettavuudesta. Saavutettavuus viittaa mahdollisuuksiin saada tietoa syntyvyyden säännöstelystä sekä olemassa olevien tekniikoiden valikoimaan ja hintoihin. (Easterlin 1975; Easterlin & Crimmins 1985.)

Vaikka kokonaishedelmällisyydessä tapahtuvat muutokset ovat monisyisiä, kehikon perusteella joissakin olosuhteissa ehkäisyteknologisella innovaatiolla voi olla ratkaiseva rooli hedelmällisyyden laskun toteutumisen kannalta. Kehys tarjoaa mahdollisuuden argumentoida sen puolesta, että modernien menetelmien kustannukset ovat aiempia menetelmiä alhaisemmat (Easterlin & Crimmins 1985, 24). Tämän voi ajatella helpottaneen niiden omaksumista, mikä puolestaan on edesauttanut hedelmällisyyden laskua. Jos väite halutaan empiirisesti todentaa, tarvittaisiin malli, jossa kulttuuriset, teknologiset ja taloudelliset muutokset huomioitaisiin yhtä aikaa uusien menetelmien leviämisen kanssa. Relevanttien tekijöiden tunnistaminen ja operationalisointi on kuitenkin vaikeaa. Lisäksi sopivan aineiston löytäminen on ongelmallista. (Murphy 1993, 221.) Tämä on todennäköisesti yksi tekijä, joka on vaikuttanut siihen, ettei modernin ehkäisyteknologian rooli kokonaisuushedelmällisyyden laskun kannalta ole kovin yksiselitteinen.

Toisen demografisen transition teoria käsittelee pääasiassa motivaatioon liittyviä kysymyksiä eli Easterlinin (1975) viitekehystä seuraten sitä, miksi lapsilukupreferenssi on pienentynyt. Teoria tuo esille myös arvomuutoksen, jonka voi tulkita lisäävän syntyvyyden säännöstelyn hyväksyttävyyttä – eli vähentävän sen psyykkisiä kustannuksia. Vaikka sitä ei oteta eksplisiittisesti esille, myös taloudellinen vaurastuminen on todennäköisesti madaltanut ehkäisyn suhteellisia kustannuksia. Teoriasta voidaan johtaa muitakin uusien ehkäisyvälineiden käytön yleistymiseen liittyviä makrotason selityksiä. Näiden muutosten täytyy ilmetä konkreettisesti ihmisten käytännön toiminnassa, kuten ehkäisykäytännöissä, jotta kokonaishedelmällisyys muuttuisi. Toisen demografisen transition teoriassa tuodaan esille uusien välineiden leviämisen yhteys muutokseen, mutta tarkastelu jää yleiselle tasolle eikä kokonaishedelmällisyyden sekä ehkäisyvälineiden omaksumisen yhteydestäkään ole sen piirissä tehty systemaattista tarkastelua. (Ks. Murphy 1993, 236.)

En pysty työssäni muodostamaan ehdotonta näkemystä siitä, mikä uuden teknologian merkitys on toisen transition aikana ollut. Välineellä ei kuitenkaan ole mitään itsenäistä voimaa levitä käyttöön ja vaikuttaa hedelmällisyyteen, vaan sen omaksuminen on tapahtunut tietyssä kontekstissa ja vaatinut tietoista toimintaa (Cleland 2001, 46). Keskityn aihetta rajatakseni yhteen uuden teknologian laadulliseen erityispiirteeseen, joka on osaltaan vaikuttanut sen omaksumiseen: pilleri on medikaalinen ehkäisyteknologia. Medikaalisuus voi sekä lisätä että vähentää ehkäisyvälineeseen liitettyjä kustannuksia, ja lisäksi se tuo uuden elementin ehkäisyvälineiden diffuusioon: lääkärin harkintavallan liittyen siihen, kuka saa käyttää uutta ehkäisymenetelmää. Ennen ehkäisypillerin ja hedelmällisyysvaikutusten tarkastelua haluan kuitenkin lyhyesti käydä läpi niitä syntyvyyden säännöstelyn keinoja, joita on käytetty ennen toista transitiota, koska kontrasti havainnollistaa pillerin erityispiirteitä.

Aloitan tarkastelun niin sanotun pariteettispesifin syntyvyydensäännöstelyn aikakaudelta, jolloin lapsilukua on tietoisesti pyritty rajoittamaan (Coale 1986, 11). Ensimmäisen transition aikana syntyvyyden säännöstelyssä käytetyt menetelmät olivat hyvin yksinkertaisia. Euroopassa hedelmällisyys laski melko tehokkaasti lääketieteellisten kontekstin ulkopuolisten aborttien, pidättäytymisen ja keskeytetyn yhdynnän avulla (Watkins 1986, 435). Myös imettämistä voitiin jatkaa pitkään uuden raskauden lykkäämiseksi (Pitkänen 2003, 205). Kondomin kaltaisia mekaanisia ehkäisyvälineitä tunnettiin 1800-luvulla, mutta niiden käyttö oli pitkään vähäistä 1900-luvunkin puolella (Watkins 1986, 435).

Ehkäisyvälineillä ei ollut useammastakaan syystä merkittävää roolia ensimmäisen transition aikana. Easterlinin (1975) tarkoittamassa mielessä ne aiheuttivat monenlaisia kustannuksia. Välineiden hinnat olivat suhteellisen korkeat, minkä vuoksi kaikilla ei ollut mahdollisuuksia hankkia niitä. (McLaren 1990, 184; Pitkänen 2003, 205–206). Toisekseen niiden saatavuus on voinut monilla alueilla olla heikkoa esimerkiksi välimatkojen takia (Pitkänen 2003, 206). Itse välineet olivat usein huonolaatuisia, hankalia käyttää, teholtaan heikkoja ja joskus vaarallisia (McLaren 1990, 184–185, 236–237; ks. Ritamies 2006, 176–183). Lisäksi ehkäisyvälineiden, erityisesti kondomin, moraalinen status oli kyseenalainen (McLaren 1990, 184, 186, 235–236). Monessa maassa, esimerkik-

si Yhdysvalloissa ja Ruotsissa, ehkäisyvälineet kiellettiin lailla 1800-luvun lopussa tai 1900-luvun alussa. Suomi ei kuulunut näihin maihin. (Gauthier 1996, 31.)

Euroopan väestöllinen historia 1800-luvun lopulta 1950-luvulle asti toimii kokonaisuudessaan esimerkkinä voimakkaan motivaation merkityksestä lisääntymisen onnistuneessa kontrolloinnissa. Syntyvyyden säännöstelyn onnistuminen ei ole sidottua tiettyyn teknologiaan (esim. Leridon 2006, 610–611). Tämänhetkisenä esimerkkinä voidaan mainita Japani, jonka kokonaishedelmällisyys on hyvin alhainen (Statistical Research and Training Institute 2009). Hedelmällisyyden taso on modernien ehkäisymenetelmien käytön sijaan tulosta kondomin suosimisesta ja jossain määrin myös aborteista, rytmi-menetelmästä sekä siittiöitä tappavien kemikaalien eli spermisidien käytöstä. Pillerin ottaminen ehkäisy tarkoituksessa on vuonna 1999 tapahtuneen laillistamisen jälkeenkin ollut vähäistä. Japanin esimerkki osoittaa myös sen, ettei erilaisten ehkäisyvälineiden arvioinnilla ole universaalia mittapuuta: eri välineiden hyötyjen ja haittojen painottaminen riippuu kulttuurisista, sosiaalisista, taloudellisista ja poliittisista tekijöistä sekä kunkin yksilön käsityksistä. (Marks 2001, 243–244; Cosgrove-Mather 2004; Leridon 2006, 604–605, 607, 611.)

Useampien maiden tilanteiden vertailu havainnollistaa asiaa edelleen. Henri Leridon (2006) on koonnut tietoja 21 maan kokonaishedelmällisyyskehityksestä ja ehkäisypillerin käytön prevalenssista vuosilta 1960–2002. Tiedot koskevat Pohjois-, Itä-, Länsi- ja Etelä-Eurooppaa, Japania sekä anglosaksisia maita. Suomen tilanne on kuvattu liitteen 1 kuviossa 1. Periodikokonaishedelmällisyys on kaikissa tarkastelluissa maissa laskenut 1960- ja 1970-lukujen tasosta 2000-luvulle tultaessa noin 2,5–3 lapsesta naista kohden noin 1,5–2:een. Saksassa, Japanissa sekä Itä- ja Etelä-Euroopassa kokonaishedelmällisyys on laskenut tätäkin alemmas. Ehkäisypillerin käytön yleisyys vaihtelee huomattavasti maittain. Japanissa, muutamissa Itä-Euroopan maissa ja Etelä-Euroopassa pillerin käyttö on ollut vähäistä koko tarkasteluajan. Ehkäisypilleri on ollut selvästi suositumpi angloamerikkalaisissa maissa, Länsi-Euroopassa ja Pohjoismaissa. Suurimmat käyttäjäosuudet avo- ja avioliitossa elävistä naisista liikkuvat 1990- ja 2000-luvulla 40–60 prosentissa, kun taas 1960- ja 1970-luvulla korkeimmat osuudet ovat olleet 20–30 prosentin luokkaa.

Leridonin (emt.) kokoamien tietojen perusteella ehkäisypillerin yleistymisen ja hedelmällisyyden välinen korrelaatio on varsin vaihtelevan suuruinen. Myös sen suunta vaihtelee hiukan. Joissakin maissa, etenkin Iso-Britanniassa ja Ranskassa, kokonaishedelmällisyyden lasku sekä ehkäisypillerin käytön yleistymisen korreloivat, kun taas toisissa ehkäisypillerin ja hedelmällisyyden välillä ei juuri näytä olevan yhteyttä. Leridonin loppupäätelmä on se, että pilleri on yhdessä abortin kanssa vähentänyt ei-toivottujen lasten syntymiä. Uudet menetelmät omaksuttiin muun muassa muuttuneiden arvojen ja asenteiden sekä naisten työssäkäynnin yleistymisen vuoksi. Silti motivaatiolla on Leridonin mielestä ensisijainen merkitys kokonaishedelmällisyyden kannalta, ei käytetyllä menetelmällä. Hän tosin lisää, että ehkäisymenetelmällä voi olla vaikutusta motivaatioon ja asenteisiin: tehokas ehkäisyväline luo uusia perhekoon normeja.

Ehkäisypillerille on toisinaan annettu myös vahvempi rooli hedelmällisyyden selittäjänä. Esimerkkinä tästä toimii tutkimus Iso-Britanniasta, jossa osoitetaan survey-aineiston ja myyntidatan avulla pillereiden leviämisen vaikutus kokonaishedelmällisyyden laskuun. Lasku on ollut välitöntä seurausta siirtymisestä tehokkaampiin menetelmiin ja vähemmässä määrin myös syntyvyyden säännöstelyn harjoittamisen yleistymisestä. Michael Murphy korostaa sekä ehkäisyteknologian itsenäistä merkitystä kokonaishedelmällisyyden kannalta, eli käytetyn ehkäisyn tehokkuutta, että sen interaktionistisia vaikutuksia. Interaktiovaikutukset viittaavat siihen, että ehkäisyvälinettä käytetään aina tietyssä taloudellisessa, kulttuurisessa ja institutionaalisessa kontekstissa. Murphy painottaa mahdollisuutta, että välineen luonne ja sen käyttöön omaksuminen muuttavat tätä kontekstia. Toinen näkökulma asiaan on se, että muutokset kontekstissa voivat johtaa jonkin ehkäisyvälineen omaksumiseen – joko niin, että käytettävää menetelmää pidetään jokseenkin yhdentekevänä, tai siten, että jonkin menetelmän edut ja sen mahdollistamat muutokset korostuvat muihin menetelmiin nähden. (Murphy 1993.)

Yksi Murphys (emt., 236, 238) mainitsemista pillerin käyttökonteksteista on medikaaliprofessionaalinen. Kaiken kaikkiaan hän pitää uskottavina ehkäisyvälinemuutosta selittävinä tekijöinä välineiden saatavuutta, lisääntyneenä tietoisuutta eri menetelmistä ja niiden suurempaa hyväksyttävyyttä. Lisäksi medikaaliseen kontekstiin liittyen hän mainitsee vielä yhden tekijän, jolla saattaa olla tapahtuneen muutoksen kannalta merkitystä:

lääkäriprofessionaalien arviot siitä, ketä pitää suojata tehokkaasti raskaudelta ja mitä menetelmää kenenkin kohdalla voidaan käyttää. Murphyn sivuhuomautus on työni kannalta tärkeä. Pillerin medikaalisuus vaikuttaa siihen liittyviin käsityksiin. Lisäksi ehkäisytablettien leviämisen voidaan katsoa olevan ehdollista lääkärikunnan hyväksynnälle.

Lääkäri arvioi ja määrittelee naisen tarpeita, teknologian luonnetta sekä sen käytön seurauksia. Samalla hänen vastaanotolleen saapuneella naisella on omat näkemyksensä tarpeistaan, teknologiasta ja lääkäristäkin. Tilanne vastaanotolla voi vaikuttaa eri tavoin naisen käsityksiin ehkäisytablettien kustannuksista. Lisäksi lääkäreiden kaltaisten arvovaltaisten professionaalien suhtautuminen ehkäisytablettiin voi laajemminkin heijastua raskauden ehkäisyyn kohdistuviin asenteisiin. Lääkäreillä on siten epäsuora vaikutusyhteys väestötasolla ilmeneviin muutoksiin pillerin käytössä. Lääkärikunnan ja ehkäisytablettien leviämisen välisen suhteen tutkiminen vaikuttaa tärkeältä, kun halutaan ymmärtää sitä, minäikäisten prosessien kautta pilleri voi levitä käyttöön modernissa teollisuusmaassa.

Miten lääkärit tekivät päätöksen siitä, että pilleri on hyväksyttävä lääketieteellinen teknologia? Kenen katsottiin olevan ehkäisytablettien tarpeessa? Mitä lääkärit ajattelivat ehkäisytablettien yhteydestä väestötekijöihin? Vaikuttiko se pillerin määräämiskäytäntöihin? Mitkä piirteet ehkäisytablettiteknologiassa vaikuttivat siihen, että lääkärit sen omaksuivat? Etenen pohtimaan tämänkaltaisia kysymyksiä, sillä nähdäkseni lääkäreiden pillerille antamaa hyväksyntää on syytä tarkastella medikalisaatioksi kutsutun ilmiön valossa.

2.3 Raskauden ehkäisy lääketieteellisen teknologian avulla

Lääkärit suhtautuivat 1900-luvun alkupuolella enimmäkseen negatiivisesti syntyvyyden säännöstelyyn – osin moraalisisista ja terveydellisistä syistä, osin ammattikunnan kunniallisuutta vaaliakseen. Syntyvyyden säännöstelyn ei mielletty kuuluvan lääketieteen alaan eikä lääkäreillä välttämättä ollut tietouttakaan aiheesta. Ehkäisyvälineistä kiinnostuminen ei olisi merkinnyt erityisiä hyötyjä: ne eivät olleet ammatillisesti haasteellisia, eikä niiden omaksumiseen liittynyt taloudellisia kannustimia. Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa oli kuitenkin pieni joukko lääkäreitä, jotka toimivat syntyvyydensäännöstelyaktivistien perustamilla perhesuunnitteluklinikoilla. Syntyvyydensäännöstelyaktivistit pyrkivät 1900-luvun alkuvuosikymmeninä tuomaan syntyvyyden säännöstelyn lääketie-

teelliseen kontekstiin. Osittain kyse oli strategisista syistä eli pyrkimyksestä saada julkista tukea aktivistien tavoitteille. Aktivistit myös uskoivat lääketieteen kykyyn ratkaista syntyvyyden säännöstelyyn liittyviä ongelmia. Tosin ainoa erityisesti lääkäreiden hallussa oleva ehkäisyväline vielä 1950-luvullakin oli pessaari. (McLaren 1990, 226–227, 231–233; Reed 1978, 100–102; Watkins 1998, 13–15.)

Lääkäreiden käsitys ehkäisystä alkoi kuitenkin laajemminkin muuttua myönteisempään suuntaan 1930-luvulla. Esimerkiksi vuonna 1937 AMA (*American Medical Association*) hyväksyi ehkäisyn harjoittamisen medikaalisin perustein lääkärin määräämänä. (Reed 1978, 52–53; Tone 2006, 260.) Ehkäisypillerin käyttöönottoa on pidetty lääkäreiden omaksumisprosessin virstanpylväänä: se radikalisoi lääkäreiden näkemyksen syntyvyyden säännöstelystä. Pilleri alettiin mieltää legitiimiksi preventiiviseksi lääkkeeksi. (Marks 2001, 117–118). Tällaisen käsityksen syntymisessä on kyse medikalisaatiosta. Se viittaa lääketieteen leviämiseen sellaisille elämänalueille, joita ei ole aiemmin pidetty lääketieteellisinä. Medikalisaatio laajentaa lääketieteellisten asiantuntijoiden arviointi- ja toimivaltaa eri elämänalueilla. Lääketiede ottaa tai saa samalla yhä vahvemman roolin yhteiskunnallisena kontrolli-instituutiona. (Zola 1972; Tuomainen ym. 1999.)

Medikalisaation ulottuvuuksia voi eritellä useammalla tavalla. Käsitteellisellä tasolla medikalisaation voi jakaa kahteen prosessiin: ensimmäinen käsittää lääketieteen tarttumisen sosiaaliseen poikkeavuuteen, kuten rikollisuuteen, liittyviin ilmiöihin ja niiden määrittelyn sairaalloisiksi muun muassa psykiatrian käsittein. Medikalisaation toinen linja muodostuu arkielämän lääketieteellistymisestä. Kyseessä on pyrkimys lääketieteen keinoin ohjailla, muokata ja parantaa ihmisten arkista elämää sekä niin sanottuja normaaleja ominaisuuksia. Ehkäisypillerin käyttöönotto on tästä yksi esimerkki. Tosin rajanveto suhteessa poikkeavuuden hallintaan ei varsinkaan pillerin historian alkuvaiheessa ole täysin selkeä. Sosiaalitieteiden piirissä 1960- ja 1970-luvuille juurensa ulottava keskustelu medikalisaatiosta on enimmäkseen ollut kriittistä. Kärjistettynä yksi tärkeimmistä huolenaiheista on se, että lääketieteen katsotaan alistavan ihmiset lääkäriprofession vallankäytön objekteiksi, joiden tiedot ja kokemukset sivuutetaan. Lisäksi medikalisaatio voi tieteen moraalisen neutraaliuden varjolla sysätä syrjään moraaliset kysymykset tietyn toiminnan hyväksyttävyydestä. Toisaalta lääketieteen taipumus omaksua

piiriinsä yhä uusia ihmiselämän alueita on heijastus siitä, mitä ihmiset elämässään tavoittelevat. (Zola 1972; Conrad & Schneider 1980; Tuomainen ym. 1999; Helén 2002.)

Yksi medikalisaation keskeisimmistä toimintakentistä on ollut naisen ruumis – yleisemminkin medikalisaatio on kohdistunut naisten elämään voimakkaammin kuin miesten (Tuominen ym. 1999, 52–54). Naisruumis ja sen erityisyys miesruumiiseen nähden nousi lääketieteen kiinnostuksen kohteeksi 1700-luvulta alkaen. Sukupuoliero paikallistettiin 1900-luvun alkupuolella sukupuolihormoneihin. Ne antoivat uuden tarttumapinnan naisruumiin ongelmiin. Naisen ruumiin kautta voitiin käsitellä sekä yksittäisen naisen ongelmia että laajoja sosiaalisia ongelmia, joiden toivottiin ratkeavan hormonien avulla. (Oudshoorn 1994, 6–9, 60; Helén 1997, 96–103; May 2010, 35–44, 47.)

Varhaisille syntyvyydensäännöstelyaktivisteille ehkäisyn medikalisoituminen oli myönteinen tavoite. Seuraava feministisukupolvi sen sijaan kritisoi pilleriin liittyvää lääketieteellistä kontrollia ja teknologian naisille aiheuttamia riskejä. (May 2010, 134–135.) Ehkäisyn ohella myös muut naisen reproduktioelimistön tilat ja toiminnot ovat saaneet erityishuomiota lääketieteeltä. Hormonien muodostamaa tarttumapintaa hyödyksi käyttäen lääketiede ja -teollisuus ovat tarkastelleet ja muovailleet myös vaihdevuosisia (Oudshoorn 1994, 95; Topo 1997). Raskaus ja abortti ovat nekin medikalisoituneet, mutta kehityskulut ovat olleet omanlaisiaan ja ajoittuneet hiukan eri tavoin kuin ehkäisyn ja vaihdevuosien kohdalla (esim. Helén 1997, 95–96; Meskus 2003).

Tarkastelen ehkäisypilleriä työssäni erityisenä medikaalisen teknologian muotona. Nykylääketieteen sisältöä on kokonaisuudessaan luonnehdittu tieteellis-teknologiseksi (Helén 2002, 105). Medikaalinen teknologia voi viitata laajasti terveydenhuollossa käytettyihin lääkkeisiin, laitteisiin, diagnostiikka- ja hoitomenetelmiin sekä organisatorisiin ja hallinnollisiin tukijärjestelmiin (Office of Technology Assessment, sit. Hemminki ym. 1992, 97). Suppeampi rajausta kattaa lääketieteellisen high-techin sekä kemiallisen ja fysikaalisen teknologian (Hemminki 1987, 85).

Lääketieteen alalla medikalisaatio ja teknologia ovat toisiinsa nähden kehämäisessä suhteessa. Teknologisen kehityksen myötä syntyy uusia vaikutusmahdollisuuksia erilaisiin asioihin. Teknologinen innovaatio tarvitsee laajat markkinat niin kaupallisten kuin

professionaalistenkin intressien vuoksi, mikä aiheuttaa paineita medikalisoida ilmiöitä eli vetää ne lääketieteen piiriin. Toisaalta tietyn ilmiön määrittely lääketieteen alueeseen kuuluvaksi lisää lääketieteellisen tutkimuksen ja terveydenhuollon kiinnostusta siihen, mikä luo tarpeita interventioille ja edistää uuden teknologian kehittämistä. Lisäksi markkinoiden kasvu parantaa teknologian kehittämisen taloudellisia edellytyksiä. (Hemminki ym. 1992, 98–99.)

Ehkäisy pilleri on siinä suhteessa erityinen teknologia, että se kehitettiin itsenäisessä tutkimuslaitoksessa, akateemisen lääketieteen ja kaupallisen lääketieteellisuuden marginaalissa (Oudshoorn 1994, 117; ks. Marks 2001, 50–57). Pilleriin liittyy erikoinen, lääketieteen näkökulmasta arveluttavakin piirre: sillä ei varsinaisesti ole sairauden hoitoon liittyvää tarkoitusta (Silverman & Lee 1974, 98). Pilleri ei poista sairautta, vaan muokkaa naisruumiin ”normaaleja” ominaisuuksia avaten siten uusia toimintamahdollisuuksia (Helén 2002, 108). Sitä on pidetty ensimmäisenä elämäntapalääkkeenä (Marks 2001, 2). Lääkäreiden pillereitä edeltäneet näkemykset ehkäisystä herättävät kysymyksen siitä, miten näin epätavallinen teknologia hyväksyttiin osaksi lääketieteen harjoittamista. Muutosta voidaan kutsua medikalisoitumiseksi, mutta käsitteen käyttäminen ei kerro siitä, minkälaisten prosessien tulosta medikalisaatio on. Saadakseni teoreettista perspektiiviä siihen, miten pillerin kaltainen teknologia saattoi tulla osaksi lääketieteellistä käytäntöä, tarkastelen teknologian sosiaaliseen rakentumiseen ja muovailuun sekä medikaalisen teknologian diffuusioon ja markkinointiin liittyviä näkökulmia.

2.3.1 Teknologian sosiaalinen rakentuminen

Edellä olevat medikaalisen teknologian määritelmät ovat melko ostensiivisia ja suoraan viivaisia. Konstruktivistinen teknologian tutkimuksen suuntaus problematisoi määrittely-yrityksiä avaamalla näköaloja teknologian ja sen sosiaalisen kontekstin väliseen suhteeseen. Hyödynnän pääasiassa kahta tähän perinteeseen lukeutuvaa lähestymistapaa: teknologian sosiaalista rakentumista ja sen sosiaalista muovaamista (Pinch & Bijker 1989; Bijker 1995; MacKenzie & Wajcman 1999).

Teorioiden perusajatus liittyy siihen, että siinä missä teknologia muovaa sosiaalista todellisuutta ja yhteiskuntaa, nämä yhtä lailla muovaavat teknologiaa (Pinch & Bijker

1989). Tämä tekee teknologian määrittelemisen vaikeaksi, koska sen irrottaminen kontekstistaan ei onnistu: teknologia muovaillaan sosiaalisesti, ja tässä prosessissa syntyy sosioteknisiä kokonaisuuksia. Kaikki artefaktit ovat pohjimmiltaan sosioteknisiä. Wiebe Bijkerin muotoilun mukaan ei ole mitään teknisiä asioita sinänsä, ainoastaan sosioteknisiä. Inhimilliset toimijat ovat kuitenkin statukseltaan erilaisia kuin nämä artefaktit (Bijker 1995, 12, 274, 297–298, 325–326).

Toimijaverkkoteoriaa kehittänyt Bruno Latour (esim. 2005) esittää hyvin toisentyypin lähtökohdan. Sen mukaan inhimillisiä toimijoita ei lähtökohtaisesti aseteta tutkimusta tehdessä erityisasemaan. Latourin mukaan lähestymistapa on käyttökelpoinen varsinkin silloin, kun jokin uusi asia ilmestyy verkostoon. Itse olen kuitenkin Bijkerin tavoin taipuvainen korostamaan inhimillisten toimijoiden erityislaatuisuutta, vaikka tiedostan rajanvetoon liittyvän vaikeuden. Latourin ajatus erilaisten asioiden, aktanttien, muodostamista verkostoista voi silti tarjota hyödyllisiä näkökulmia ehkäisykysymysten omaksumisen tarkasteluun. Latourin kokonaisesitys on kuitenkin vakavasti otettuna hyvin vaativa, joten teknologian sosiaalisen rakentumisen teoria tarjoaa työni lähestymistavan kannalta käyttökelpoisempia käsitteitä.

Relevantit sosiaaliset ryhmät koostuvat niistä ihmisistä, jotka antavat merkityksiä sille artefaktille, jonka ympärille he ovat ryhmittyneet. Tulkinnallinen joustavuus viittaa eri ryhmien tekemien tulkintojen vaihtelevuuteen. Joustavuus vähenee, kun teknologia vaikiintuu ja saavuttaa sulkeuman jonkin sulkeumamekanismin kautta. Tämän jälkeen eri ryhmät liittyvät samankaltaisia merkityksiä teknologiaan. Teknologian stabilisaatio taas viittaa jatkuvaan prosessiin, jolla teknologian merkitystä pidetään ryhmän sisällä yllä. Nämä käsitteet Bijker sisällyttää teknologisen viitekehyksen ajatukseen. Tällainen kehys syntyy artefaktin ympärille sosiaalisen vuorovaikutuksen myötä. Syntyvä kehikko muovaa siihen kuuluvien maailmaa muun muassa tarjoamalla sen sanaston, jonka avulla artefaktista voidaan puhua. Kehikkoon sisältyy näin sekä interaktionistinen että semiottinen aspekti. (Bijker 1995, 45–48, 73–77, 84–87, 122–123, 194–196.)

Teknologian sosiaaliseen rakentumisen teoriaan liittyy tiettyjä ongelmia. Merkittävin näyttää olevan teorian suhtautuminen inhimillisen ja materiaaliseen todellisuuden rajaan (MacKenzie & Wajcman 1999, 21–23). Bijker (1995, 126) katsoo, että teknologisissa

viitekehyksissä on niin materiaalisia kuin sosiaalisiaakin elementtejä, mutta niiden perimmäisen luonteen käsittely jää epäselväksi. Tulkinnallisen joustavuuden rajat ovat olemassa, mutta niiden sijainti ei ole selkeästi osoitettavissa. Teknologian sosiaaliseen muovailuun keskittyvä lähestymistapa painottaa vahvemmin realistista näkökulmaa. Suuntauksen kannattajat katsovat, ettei painotuksen tarvitse olla ristiriidassa teknologian sosiaalisen muovailun kanssa. (MacKenzie & Wajcman 1999, 18.) Vaikka näkemykset esimerkiksi tietyn teknologian toimivuudesta voivat muodostua monella eri tavalla, katsotaan tätä lähestymistapaa seuraten, että toimivuudella täytyy olla jonkinlainen realistinen pohja. En väitä, että sen täytyy olla sellainen kuin ryhmä kuvittelee tai että olisi yksi oikea tapa ymmärtää se. Tarkoitan sitä, että toimivuuteen liittyy jokin muutos, jonka relevantin sosiaalisen ryhmän jäsenet havaitsevat.

2.3.2 Uuden teknologian diffuusio

Tietyn teknologian selviytyminen ja menestys riippuvat siitä, omaksutaanko siihen liittyvä teknologinen kehikko. Omaksumisen edistämiseksi ongelmia voidaan retorisesti määritellä uudelleen siten, että relevantit toimijat tulevat niistä kiinnostuneiksi. (Pinch & Bijker 1987; Bijker 1995, 278.) Innovaatioiden leviämistä tutkineen Everett Rogersin (2003, 12) mukaan uuden teknologian – jota voidaan kutsua innovaatioksi, jos se sosiaalisessa kontekstissa mielletään uudeksi – leviämistä voidaan edesauttaa useammalla tavalla. Osa niistä tulee lähelle Bijkerin (1995) retorisen uudelleenmuotoilun ja sulkeumamekanismin käsitteitä. Rogers (2003, 229–259) luettelee innovaation leviämistä edistävinä tekijöinä siihen liittyvän suhteellisen edun aiempiin ratkaisuihin nähden, yhteensopivuuden vallitsevien arvojen sekä uskomusten, aiempien ideoiden tai tarpeiden kanssa, yksinkertaisuuden, kokeiltavuuden ja käytön tulosten havaittavuuden. Suhteellinen etu, tarve ja kulttuurinen sekä sosiaalinen yhteensopivuus vaikuttaisivat olevan erityisen alttiita retoriselle uudelleenmuotoilulle.

Rogers (emt., 23–28) tuo esille myös teknologian sosiaalisen rakentumista ja muovailua muistuttavan näkemyksen sosiaalisen kontekstin merkityksestä uuden teknologian diffuusiolle. Lisäksi hän muodostaa muutamia yleistyksiä innovaation leviämisen vaiheista, omaksumisesta ja omaksujista. Eräs luokittelu kattaa innovaation omaksumisvaiheet, joita on viisi: tiedon saaminen uutuudesta, suostuttelun tai tarkemmin käytön aloittami-

sen harkinnan vaihe, päätösvaihe, käyttöönoton vaihe ja vahvistusvaihe, joka voi käsitellä joko päätöksen jatkaa käyttöä tai lopettaa se. Eri vaiheissa eri tietolähteiden merkitys on erilainen: ei-persoonallinen lähde, kuten media, voi toimia ensimmäisen tiedon lähteenä mutta on harvemmin merkittävä vaiheessa, jossa pohditaan innovaation omaksumista. Tällöin yksilölle tärkeiden sosiaalisten viiteryhmien mielipiteet ja kokemukset ovat keskeisempiä. (Emt., 169–191, 204–206.)

Lisäksi Rogers (emt., 272–275, 279–285) jaottelee innovaation omaksijat ideaalityyppeihin innovaation suhteellisen omaksumistahdin mukaan. Varhaisimmat uutuuden hyväksyjät ovat innovaattoreita, joiden perässä tulevat varhaiset omaksijat. Näitä ryhmiä seuraa varhainen enemmistö. Varhaisen enemmistön jälkeen tulevat myöhäiseen enemmistöön kuuluvat sekä vitkastelijat. Jos innovaation omaksujien osuuden kasvamisesta piirretään käyrä, se on monesti löyhästi S:n muotoinen. Ensin omaksujia on vähän, mutta tietyssä pisteessä käyrä lähtee nopeaan nousuun. Lopuksi käyrä saavuttaa pisteen, jonka jälkeen uusia omaksujia tulee vain hitaasti tai ei lainkaan.

Yksi diffuusiotutkimuksen suuntauksista tutkii medikaalisten innovaatioiden leviämistä (emt., 44–45). Medikaalisen innovaation diffuusiolle on esitetty oma mallinsa. John McKinlay (1981) jakaa medikaalisen innovaation elinkaaren seitsemään vaiheeseen. Ensin uutuudesta ilmestyy lupaavia raportteja esimerkiksi lääketieteellisissä lehdissä, jolloin se saa hajanaista kannatusta. Seuraavassa vaiheessa innovaatio saa laajempaa tukea, mikä johtaa sen omaksumiseen professionaalien ja organisaatioiden keskuudessa. Kannatus laajenee edelleen, minkä myötä innovaatio saa julkista hyväksyntää sekä kolmansien osapuolten, kuten valtion, tukea. Sen asema vakiintuu. Kuitenkin ennen pitkää keksinnössä, jonka testaus alun perin oli puutteellista, alkaa ilmetä ongelmia, jotka johtavat systemaattisiin kokeisiin. Niiden perusteella jo käyttöön hyväksyttyjä teknologioita aletaan arvostella. Lopulta seurauksena voi olla eroosion vaihe. Teknologian käyttö saattaa loppua äkillisen skandaalin tai uuden innovaation leviämisen seurauksena.

McKinlay (emt.) vaatii huolellisempaa innovaatioiden testausta niiden alkutaipaleella, mikä lienee syy siihen, että malli on niin pessimistinen. Toisaalta vaiheet ovat hänen mukaansa lähinnä suuntaa-antavia jäsentelyn työkaluja. Niillä näyttääkin olevan kaiku-pohjaa myös ehkäisy pillerin historiassa. McKinlayn kriittinen lähestymistapa johdatte-

lee pohtimaan sitä, mikä on uuden innovaation suhteen taloudellisia intressejä omaavan lääketeollisuuden rooli sen käytön edistämisessä. McKinlay itse pitää mainontaa tärkeänä lääkäreihin vaikuttamisen muotona varsinkin innovaation omaksumisvaiheessa.

2.3.3 Mainonta diffuusiokanavana

Lääkkeiden markkinointi on merkittävää liiketoimintaa. Siihen käytetään huomattavia summia: lähes kolmannes lääketehtaiden liikevaihdosta (Public Citizen's Congress Watch 2003, 6). Valtaosa mainonnasta kohdistuu lääkäreihin (Gagnon & Lexchin 2008, 30). Lääkäreiden vakuuttaminen voikin olla monta kertaa tehokkaampaa kuin kuluttajien (Fugh-Berman ym. 2006, 762). Monissa maissa on sallittua markkinoida reseptilääkkeitä vain lääkäreille. Yhdysvallat tosin muodostaa merkittävät poikkeuksen: kuluttajamainonta sallittiin siellä vuonna 1997. Myynninedistämisen suoraviivainen vaikuttavuus on kiistanalainen kysymys, mutta lääkemarkkinointi näyttäisi kuitenkin tuottavan haluttua tulosta eli lääkkeiden myynnin lisääntymistä. (ks. Neslin 2001; Leiss ym. 2005, 18, 600–601; IMS Health 2010.) Läkemarkkinointi on herättänyt kiinnostusta myös yhteiskuntatieteilijöissä, jotka ovat lähestyneet ilmiötä eri näkökulmista (Suomessa esim. Lövdahl & Riska 1997; Kanula 2007).

Työni kannalta relevantti aikaperiodi ulottuu 1960-luvulta 1970-luvulle. Tulokset 1990- ja 2000-luvulla tehdyistä tutkimuksista eivät välttämättä juurikaan kerro aiempien vuosikymmenten tilanteesta. Läkemainonta on kuitenkin kiinnostanut tutkijoita jo vuosikymmeniä, mikä liittyyne muun muassa medikalisaatiokritiikin viriämiseen ja lääkkeiden käytön yleistymiseen. Timo Klaukan (1989, 6) tekemä kuvio osoittaa, että lääkemääräykset asukasta kohden lisääntyivät Suomessa jatkuvasti 1940-luvulta 1980-luvulle asti. Kasvu oli erityisen voimakasta 1960-luvun aikana. Yhtenä kehitystä vauhdittaneena tekijänä Klaukka (emt., 71) mainitsee johtopäätöksissään tehokkaan markkinoinnin.

Läketeollisuus- ja apteekkilaitoskomitean mietinnön mukaan suomalaiset lääketehtaat käyttivät vuosina 1960, 1965, 1967 ja 1968 mainonnan määritelmästä riippuen noin 7,5–11 prosenttia liikevaihdostaan mainontaan ja tiedotukseen (Komiteanmietintö 1970b, 166–167). Läketeollisuuden edustajien mukaan Suomessa toimiva lääketeollisuus käytti vuonna 1967 nettomyynnistään 12 prosenttia tiedotukseen ja myynninedis-

tämiseen (Juurinen & Willamo 1968, 18). Tutkija Ahti Laitinen (1977, 111, 113) arvioi mainoskulttuurin kokonaisuudessaan olevan enemmän 20 prosenttia liikevaihdosta. Samansuuruinen arvio lääketieteellisuuden mainoskulttuurista tehtiin Yhdysvalloissa (Silverman & Lee 1974, 29). Myönteistä suhtautumista uusiin lääkkeisiin on voinut lisätä se, että lääkkeiden markkinointi toimi varsinaisen jatkokoulutuksen puutteessa tärkeänä tiedonvälityskanavana lääkäreille – ja lääketekijöiden mainosten mukaan paras hoitokeino oli lääke. (Hemminki 1973, 59; Laitinen 1977, 184–186.)

Medikaalisen innovaation diffuusiotutkimuksen klassikko käsittelee ”gammanymini” eli tetrasykliini-antibiootin leviämistä Yhdysvalloissa 1950-luvulla (Coleman ym. 1966). Ajankohta edeltää hiukan ehkäisytablettien omaksumista. Tutkimuksen perusteella lääkäreistä 57 prosenttia sai ensi kertaa tiedon uudesta lääkkeestä lääke-esittelijältä ja 23 prosenttia sai sen lääketekijöiden lähettämästä postista tai lehtimainoksesta. Kaupallisia tietolähteitä hyödynnettiin melko paljon myös ennen omaksumispäätöksen tekoa. Lääkärit eivät silti pitäneet niitä yhtä tärkeinä lähteinä kuin esimerkiksi kollegoiden näkemyksiä. Tutkimuksessa päädyttiin lopulta korostamaan sosiaalisten suhteiden merkitystä lääkkeen omaksumisen kannalta. Uudelleenanalyysin mukaan diffuusiota selittäisi kuitenkin paremmin tetrasykliinin mainonta. Tosin analyysin tuloksiin voi vaikuttaa kahden innovaation leviämisen vaiheen sekoittuminen: mainonta saattaa olla tärkeää uuden tiedon leviämisen vaiheessa ja sosiaaliset kontaktit omaksumisen vaiheessa. Käytetyssä yksivaiheisessa tilastollisessa mallissa mainonnan vahva vaikutus saattoi jättää varjoonsa sosiaalisten suhteiden myöhemmin ilmenevät vaikutukset. (Van Den Bulte & Lilien 2001.)

Näyttää olevan perusteltua suhtautua jossain määrin kriittisesti lääkäreille suunnatun lääkemainonnan sisältöön. Eräs kaupallisia ja riippumattomia tietolähteitä vertaillut amerikkalainen tutkimus toi ilmi, että kaupalliset psykiatrialääkkeitä käsittelevät lähteet, kuten mainokset, mainitsivat 1960-luvun alkupuolella vähemmän sivuvaikutuksia kuin riippumattomat lähteet ja usein esille tuotujakin sivuvaikutuksia vähäteltiin. Lisäksi kaupallisissa tietolähteissä nojattiin useammin kontrolloimattomiin koeasetelmiin, viitattiin toisinaan lähteisiin vääristellen ja annettiin enemmän indikaatioita kuin riippumattomissa lähteissä. Lääketekijöiden voitontavoittelun arveltiin johtavan lääkkeiden liialliseen määräämiseen. (Waldron 1977, 45–47, 55.) Mainontaa koskevien havaintojen

taustaksi on syytä tuoda esille se, etteivät lääkärit aina ole kovinkaan hyvin omaksuneet tieteellisten lähteiden välittämää uutta tietoa (Stross & Harlan 1979).

Myös varhaisen ehkäisypillerimainosten sisältöä on tarkasteltu mutta ei kovinkaan paljon. Andrea Tonen (2006, 261–262) mukaan Yhdysvalloissa ehkäisypillereiden markkinointi lääkäreille oli aluksi varovaista, sillä naisten seksuaalista vapautumista pelättiin. Mainoksissa pilleri nivoutui vakaaseen sosiaaliseen järjestykseen, vaikka pillerin kemialliset ominaisuudet esitettiinkin vallankumouksellisina. Ensimmäinen pillerin ehkäisyindikaation esille tuova lehtimainos ilmestyi vasta yli vuosi sen jälkeen, kun valmiste oli tullut markkinoille – tosin kahleista vapautuvaa naisfiguuria kuvaava mainos ei vaikuta kovinkaan konservatiiviselta (ks. Watkins 1998, kuvaliite). Marks (2001, 122) näkemyksen mukaan pillerin markkinointi olikin päinvastoin voimakasta. Ensimmäisen ehkäisypillerimerkin markkinoille tuoneen lääkeyrityksen G. D. Searlen & Companyn lääke-esittelijät kiersivät ahkerasti esittelemässä pilleriä. Valmisteen käytön yksityiskohdista kuten annostuksesta ja sivuvaikutuksista lääkärit saivat lukea lääketehaiden kirjallisesta materiaalista. Kirjallisen materiaalin sekä lääke-esittelijöiden toiminnan on väitetty olleen lääketehaan etujen mukaisesti vinoutunutta eli esimerkiksi pillerin sivuvaikutuksia vähättelevää. (Watkins 1998, 36–39.)

Uudempi ehkäisypillerimainonta on saanut enemmän kiinnostuksesta osakseen. Huomiota näyttää etupäässä saaneen yhdysvaltalainen kuluttajille suunnattu mainonta. Tarkastelujen perusteella kuluttajamainokset näyttävät olevan vahvasti sukupuolittuneita ja niissä vedotaan ehkäisyfunktion rinnalla tai sen sijaan muun muassa muodikkuuteen ja mahdollisuuksiin parantaa esimerkiksi akne tai anemia pillereiden avulla. (Esim. Hardinge 2005; Medley-Rath & Yasumoto 2007; Tone 2006.)

2.3.4 Mainonnan elementeistä: sukupuoli, luonto, järki ja tunteet

Mainonta hyödyntää kulttuurisia resursseja, kuten erilaisia tunnettuja kuvia sekä symboleja, kierrättäen niitä takaisin yleisön nähtäville ja käytettäväksi (Leiss ym. 2005, 5, 16–17). Erving Goffman (1979, 84) katsoo mainostajien ammentavan kuvallista materiaaliaan jaetusta kulttuurisesta varannosta sen vuoksi, että mainosten sisältö olisi nopeasti ja helposti tulkittavissa. Mainoskuvastossa hyödynnetään yleisölle tuttuja kulttuurisia ide-

aaleja – ja sama pätee usein kuvaan liitettyyn tekstiin. Tuotteiden ja ihmisten välille pyritään erilaisin keinoin luomaan sellainen yhteys, jonka avulla lisättäisiin tuotteen myyntiä. (Leiss ym. 2005, 18, 203.) Lääkäreille suunnatun mainonnan erityispiirre on kuitenkin se, että mainokset pyrkivät saamaan lääkärin tunnistamaan tietyn tuotteen tarpeen potilaassaan, eivät niinkään itsessään (Metzl 2003, 132).

Käsittelen lyhyesti kolmea keskeistä kulttuurista resurssia, joihin on aiempien ehkäisy-pillerin omaksumista ja mainontaa tarkastelevien töiden perusteella syytä kiinnittää huomiota (Watkins 1998; Marks 2001; Tone 2006). Yksi tärkeimmistä elementeistä lääke- ja muissakin mainoksissa on sukupuoli. Mainokset voivat olla sukupuolittuneita siinä mielessä, että niissä esitetään suhteettoman paljon jommankumman sukupuolen edustajia – verrattuna esimerkiksi tietystä taudista todella kärsivien määrään (Thompson 1979). Toisaalta kyse voi olla sukupuolen tietynlaisen kuvaamisen tavasta, joka heijastelee oletuksia vallitsevasta arvomaailmasta ja pyrkii sen tukemiseen (Metzl 2003, 127–163, 231).

Ehkäisy-pillerimainoksissa esiintyy lähinnä naisia, koska jo itse teknologia on sukupuolittunut. Lisäksi on odotettavissa, että sukupuolen esittämisen tapa ei ole yhdentekevä. Mainoksissa pyritään todennäköisesti kuvaamaan sellainen naiskäyttäjä, joka halutaan esittää lääkärille oikeanlaisena käyttäjänä. Esitystapa heijastaa laajempia yhteiskunnallisia ja kulttuurisia käsityksiä naisen roolista ja mahdollisuuksista. Katsaukset varhaiseen ehkäisy-pillerimainontaan antavat viitteitä siitä, että sukupuolta on käytetty mainosten elementtinä esitetyin tavoin. Jopa valmisteiden kemiallista rakennetta mainostettiin sukupuolittuneesti: pillerin toiminta perustui ”naiselliseen molekyyliin” (Watkins 1998, 38). Naiskäyttäjät kuvattiin Tonen (2006, 261–262) mukaan 1960- ja 1970-luvun aikana ilmestyneissä yhdysvaltalaisissa pillerimainoksissa vallitsevaa sosiaalista järjestystä kunnioittavina: he olivat valkoisia, keskiluokkaisia, konservatiivisesti pukeutuneita, naimisissa ja lääkäriauktoriteetin ohjattavissa. Mainokset pyrkivät välittämään mielikuvan siitä, että pilleri varjelee perhettä ja naisen perinteistä roolia.

Goffmanin (1979) klassikkoteos *Gender Advertisements* antaa heuristisia työkaluja sukupuolittuneisuuden kuvallisten ilmaisujen jäljittämiseen. Goffmanin mukaan naiset esitetään usein pienempinä kuin miehet. Joskus suhteellista kokoa voidaan käyttää sym-

boliikan luomiseen, kuten erityisen naisellisen, ei-funktionaalisen kosketuksen kuvaamisessa. Mainoskuvissa mies esiintyy naista useammin roolissa, johon liittyy toimintaa. Perheen kuvaus on niin ikään sukupuolittunutta: isä on usein perheen piirin ulkoreunamilla, ikään kuin suojelemassa sitä. Lisäksi sosiaalisesti ylempää kohtaan pyritään erilaisin elein ilmentämään alistumista. Naiset ja lapset esiintyvät miehiä useammin alistuvina. Lisäksi naisilla on miehiä useammin lupa vetäytyä tilanteesta esimerkiksi voimakkaan tunneilmaisun vuoksi. Mies sen sijaan käyttäytyy vastuullisemmin. Goffmanin kehikkoa on hyödynnetty kuluttajille suunnatun ehkäisypillerimainonnan tarkastelussa. Tulokset ovat kehikon pohjalta muotoiltujen odotusten kanssa melko lailla yhteneväisiä: naiset esimerkiksi ilmensivät kuvissa alistumista ja saattoivat olla tilanteesta vetäytyneitä (Hardinge 2005).

Toinen komponentti, joka liittyy edelliseen, on mainoksissa painotettu luonnollisuus. Luonto ja luonnollisuus ovat varsin ongelmallisia käsitteitä. Se, mihin ne lopulta viittaavat ja millaisia rajanvetoja niihin sisältyy, on hyvin epäselvää. Luonnollisuuden korostus on kuitenkin usein uusien lääkkeiden esittelyssä hyödynnetty strategia (Oudshoorn 1994, 167–168). Historiallisessa perspektiivissä ehkäisyvälineet rikkoivat luonnon ja sosiaalisen välistä totunnaista rajaa, minkä vuoksi luonnollistamisen voi ajatella ehkäisypillerin kohdalla olevan erityisen tarpeellista sen hyväksymisen varmistamiseksi (Richards 2007, 488). Pillerin kohdalla luonnollisuuden määre liitettiin valmiin toimintamekanismiin jo teknologian kehittelyvaiheessa (Marks 2001, 130–131). Yhdysvalloissa varhainen pillerimainonta korosti sitä, kuinka tuotteen avulla saavutettu tila muistutti varhaisraskauden tilaa ja oli siten turvallinen (Watkins 1998, 38).

Samalla pillerin kuitenkin esitettiin myös normalisoivan luontoa vapauttamalla naiset reproduktioelimistönsä riepottelusta. Luonnon kontrolloiminen sai ruumiit toimimaan siten kuin niiden piti toimia tai siten kuin miehet kuvittelivat niiden toimivan. Pilleri laittoi luonnon toimimaan luonnollisesti. (Marks 2001, 131–133.) Pillerin ja luonnon suhteeseen liittyy kysymys naisen ja luonnon suhteesta. Joskus naisen voidaan ymmärtää olevan lähempänä luontoa kuin miehen, mutta myös vastaesimerkkejä on olemassa. Kuitenkin naisen ja luonnon suhde, riippumatta siitä, miten se tarkalleen määritellään, näyttää ongelmallisemmalta kuin miehen. (Ortner 1972.)

Viimeinen komponentti kytkeytyy taas jossain määrin aiempiin. Kyse on yleisemmin niistä tavoista ja tyyleistä, joita hyödyntämällä lääkäreihin on mainoksissa vedottu. Suomen Lääkärilehden ja Duodecim-lehden lääkemainoksia tutkinut Elina Hemminki (1973) jaottelee mainosten pääelementit kahteen luokkaan: rationaaliseen minäkuvaan ja tunteisiin vetoamiseen. Tunteisiin vedotaan erityisesti silloin, jos lääkäriellä on tietyn alalta vähän asiantuntemusta.

Järjen ja tunteen on esitetty laajemminkin muodostavan mainonnan kaksi perusnapaa. Eri aikoina vetoomustyyppit painottuvat mainoksissa eri tavoin. Yhdysvaltaisen mainonnan historia on periodisoitu viiteen ajanjaksoon, joita luonnehtivat tuoteorientoituneisuus (vuodet 1890–1925), tuotesymboleihin keskittyminen (1925–1945), personointi (1945–1965), markkinasegmentaatio (1965–1985) ja yksilöllistäminen (1985–). Mainoksista on erotettavissa neljä perusformaattia, joissa informaatiolle annettu painoarvo vaihtelee. Ne ovat tuoteinformaatio-, tuotokuva- ja personalisoitu formaatti sekä elämäntyylikuvaukseen perustuva formaatti. Painotusten muutoksien on tulkittu näkyvän esimerkiksi kuvan ja tekstin suhteessa. Ajallisesti mainonnassa on tapahtunut siirtymä tuotteen ominaisuuksia painottavasta tekstivoittoisesta mainonnasta sellaiseen, jossa tavarat tulevat yhä tärkeämmäksi osaksi sosiaalista vuorovaikutusta ja muodostavat vastapainon kulttuurin muulle rationaalisuudelle. (Leiss ym. 2005, 150–160, 168–198.)

3 Tutkimusasetelma ja -kysymykset

Työni perustan muodostavat yleiset kysymykset, jotka liittyvät ehkäisy pillerin leviämiseen ja tämän aiheuttamiin seurauksiin. Kysymykset ovat kuitenkin varsin laajoja. Suomessa aihetta koskevia tai sitä sivuavia tutkimuksia on aiemmin tehty muutamia (esim. Nyman 1971; Sievers ym. 1974; Leppo 1978; Warpenius 1997b). Rajaan oman työni siten, että voin avata uusia näkökulmia diffuusioon. Kysymyksenasetteluni koskee lääketehtaiden mainonnan määrää, sisältöä ja merkitystä. Lääketehtaiden markkinointityötä on tutkittu jonkin verran, mutta ainakaan Suomessa tällainen tutkimus ei ole leikkannut ehkäisy pillereiden leviämistä ja käyttöä koskevaa tutkimusta.

Katson, että yhtenä keskeisenä lääkeyritysten lääkäreille toimittaman lääkeinformaation taustatekijänä on ollut taloudellinen motivaatio edistää tehtaan valmistaman tuotteen

myyntiä. Tämän vuoksi uusi teknologia on koetettu esittää niin myönteisessä valossa kuin mahdollista. En lähtökohtaisesti oleta, että mainonnassa olisi pyritty vääristelemään tai manipuloimaan tietoja, sillä positiivisia konnotaatioita on voitu yrittää luoda hienovaraisesti myös asiapitoisen tiedottamisen lomassa. Sitä paitsi lääkkeiden markkinointi ei 1960- ja 1970-lukujen aikana ollut kontrolloimatonta, vaikka reseptilääkkeiden mainontaa koskeva lainsäädäntö ja suosituksiin perustuva normitus olivatkin melko väljiä (Laitinen 1977, 184, 218–234).

Oletan ehkäisypillereiden mainonnan tarjoavan vihjeitä siitä, millaisiin asioihin pillerit on haluttu lääketeollisuuden piirissä yhdistää. Mainoksia rakennettaessa etsitään lääke-reihin vetoavia keinoja. Läketeollisuus on Suomessa ollut tiiviissä yhteydessä lääkärikuntaan, mikä on voinut helpottaa tehtävää (Hemminki & Pesonen 1977, 502–503). Läketehtaiden markkinointi saattaa varsinkin 1960-luvun alkupuolella olla pillerin leviämisen kannalta merkittävässä roolissa, sillä seksuaaliradikaalien ja tasa-arvoaktiivien liikehdintä ehkäisyvälineiden saannin helpottamiseksi alkoi voimistua vasta muutama vuosi pillerin markkinoille tuleamisen jälkeen (Taipale 1966b; Jallinoja 1983, 19, 158–159; Helén 1997, 341). Lisäksi, koska pillerit olivat uutuus, lääkärikollegoilla ei välttämättä vielä ollut niiden käytöstä paljonkaan kokemuksia jaettavaksi.

Ehkäisypillereiden markkinointiin ja diffuusioon liittyy paljon avoimia kysymyksiä. Asetan työssäni ehkäisypillerin osalta samankaltaisia kysymyksiä kuin Päivi Topo (1997, 17) on esittänyt vaihdevuosien hormonihoitoon leviämisestä Suomessa. Tarkastelussani lääketeollisuus saa kuitenkin uutuuden omaksumisen edistäjänä keskeisen roolin. Jaan työni kysymykset kolmeen pääryhmään:

1. Kuinka nopeasti pilleri levisi ja ketkä sitä käyttivät?
2. Kuinka mittavaa lääketehtaiden pillerimainonta on ollut?
3. Millaisiin asioihin vetoamalla mainonnassa edistettiin valmisteen käyttöä?

Ensimmäinen ryhmä sisältää useita pillerin yleistymiseen liittyviä kysymyksiä, joista on koottu aiemmin yhteen vain vähän tietoa. Erityisen kiinnostunut olen käyttäjämäärien kehitymisestä vuosien 1962–1973 aikana. Lukumäärien lisäksi käyn läpi sitä, millaisia tietoja varhaisten käyttäjien ikäjakaumista, sosiaaliryhmistä ja asuinpaikoista on kerätty.

Tietojen avulla pyrin vastaamaan kysymyksiin, jotka liittyvät pillerin leviämisenopeuteen, ensimmäisiin käyttäjiin ja siihen, saavutettiin jo tarkasteluvuosien aikana innovaation diffuusiassa saturaatiopiste. Taustatyönä tarkastelen sekä ehkäisypilleriteknologian historiaa että syntyvyyden säännöstelyn ja ehkäisypillerin muuttuneita merkityksiä Suomen kontekstissa.

Seuraava kysymysryhmä liittyy siihen, miten tiivistä markkinointia lääkäreitä kohtaan harjoitettiin. Suhteutan pillerin mainonnan 1960-luvun ja 1970-luvun alun reseptilääkemainontaan. Tarkastelen sekä postitse tapahtunutta suoramainontaa että lääkäreille suunnattua lehtimainontaa. Lasken lääkäreille suunnatuissa lehdissä vuosina 1961–1973 ilmestyneitä ehkäisyvälinemainoksia eritellen mainokset mainostetun välineen mukaan. Aloitan tarkasteluni yhtä vuotta ennen pillerin markkinoille tuloa saadakseni näkökulman siihen, missä määrin ehkäisyvälineitä mainostettiin lääkäreille juuri ennen kuin pillerin mainostus alkoi. Muiden ehkäisyvälinemainosten laskemisella ja eri ryhmien välisellä vertailulla pyrin selvittämään eri menetelmille annettua kaupallista painoarvoa. Lisäksi pohdin sitä, mitä on todettavissa mainonnan sisällön ja intensiteetin yhteydestä pillerin käytön yleistymiseen.

Työni kolmas pääkysymys kytkeytyy mainonnan sisällön tarkasteluun. Aineistolähtöinen peruskysymykseni on se, minkälaisia mainokset ovat olleet ja millaisiin tekijöihin niissä on vedottu valmisteiden käytön edistämiseksi. Mainosten sisältöön liittyvät kysymykset voidaan pilkkoa useammaksi osakysymykseksi. Mitkä ovat mainosten keskeisimmät elementit? Millaisia vetoomuskeinoja niissä hyödynnetään? Mitä perusteita mainoksissa annetaan valmisteiden käytölle? Millaista teknologiaa mainostajat pyrkivät rakentamaan? Kenelle se on tarkoitettu?

Vanhaa pillerimainontaa on tutkittu melko vähän, minkä vuoksi on mielestäni perusteltua lähteä liikkeelle aineistosta käsin muotoilematta etukäteen tarkkoja hypoteeseja (Eskola & Suoranta 1998, 19–20). Aineiston tarkastelussa keskeisimpinä menetelminä hyödynnän sisällön erittelyä ja -analyysia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 106–122). Kirjallisuuden perusteella minulle on muodostunut ennako-odotuksia mainonnan sisällöstä, minkä vuoksi puhdas aineistolähtöisyys ei ole mahdollista. Tiukasti ottaen aineistolähtöisyys ei ole koskaan mahdollista (ks. Töttö 2000, 41–45). Yhdysvaltalaisen mainon-

nan perusteella on odotettavissa, että pilleri esitetään teknologisesti vallankumouksellisena, sen negatiivisia vaikutuksia vähätellään, se kuvataan luonnollisena ja ihannekäyttäjäksi asetetaan keskiluokkainen, hillitty nainen – ainakin 1960-luvun alussa.

Etenen työssäni ensimmäisestä pääkysymyksestä viimeiseen. Kysymykset 1 ja 2 liittyvät mainosaineiston kontekstin tarkasteluun, mikä auttaa arvioimaan mainosten sisällön merkitystä. Aloitan tarkastelun kahdella historiallisella katsauksella, joista ensimmäinen koskee pillerin kehittämisen historiaa ja toinen sen omaksumista Suomessa. Historialliset kuvaukset havainnollistavat sitä, että pillerin leviäminen on eri maissa ollut ainutkertainen tapahtumasarja. Tosin pilleriteknologian historian ja länsimaiden samanaikaisten modernisoitumismuutosten vuoksi omaksumisprosesseilla on monissa maissa myös yhteisiä piirteitä.

4 Katsaus ehkäisy pillerin syntyhistoriaan

Tässä luvussa esitetty pillerin historian kuvaus on varsin suppea ja suoraviivainen. Haluan kuitenkin korostaa lineaarisen ja pelkistetyn vaikutelman petollisuutta. Kyse on katkoksellisesta ja monivaiheisesta prosessista, jonka seuraukset ovat olleet ennalta arvaamattomat ja jossa sattumallakin on ollut osuutensa (ks. Bijker 1995, 6–7). Pillerin historia havainnollistaa joka tapauksessa hyvin sitä, että teknologian kehittämisen eri vaiheissa tehdyt valinnat tai valitsematta jättämiset ovat sidoksissa kulttuurisiin käsityksiin ja historialliseen tilanteeseen.

Ehkäisy pillerin toimintamekanismi perustuu kuukautiskierron fysiologiaan. Kierron hormonaalinen säätely tapahtuu aivojen hypotalamuksessa, aivolisäkkeen etulohkossa ja munasarjoissa. Syklin alussa follikkelin eli munarakkulan kasvua stimuloiva hormoni FSH kiihdyttää munasarjoissa tapahtuvaa epäkypsien munasolujen kypsymistä. Munarakkulassa kehittyvää munasolua ympäröivät solut erittävät munarakkulan kasvaessa estrogeeniä. Useammista munarakkuloista jää yleensä jäljelle vain yksi. Kun estrogeenipitoisuus nousee veressä kylliksi, alkaa aivolisäke tuottaa runsaasti luteinisoivaa hormonia, LH:tä. Se saa aikaan ovulaation eli munasolun vapautumisen follikkelista noin 14 päivän kuluttua kierron alusta. Vapautunut munasolu voi hedelmöittyä. Follikkelin jäänteistä muodostuu keltarauhanen, joka erittää keltarauhashormonia eli progester-

ronia ja estrogeenia. Hormonit vaikuttavat myös kohdun limakalvoon muuttaen sen suotuisaksi hedelmöittyneen munasolun kiinnittymiselle. Jos kiinnittymistä ei tapahdu, limakalvon uloin kerros vuotaa hormonitasojen laskiessa kuukautisvuotona ulos. Hormonitasojen laskeminen käynnistää uuden kierron FSH:n erityksen lisääntyessä. Koko syklin kesto on noin 28 päivää. (Haug ym. 1999, 481–489.)

Kirjallisuuskatsauksen perusteella yhdistelmäehkäisytablettien estrogeeni ja progestiini vaikuttavat hypotalamuksen, aivolisäkkeen ja munasarjojen omaa hormonituotantoa vähentäen tai sen kokonaan estäen. Munasolun kypsymistä ei tällöin tapahdu. Lisäksi kohdunkaulan lima muuttuu paksuksi ja sitkeäksi, mikä vaikeuttaa siittiöiden etenemistä. Eräänlaisena varamekanismina kohdun limakalvolla tapahtuu muutoksia, jotka saattavat estää hedelmöittynyttä munasolua kiinnittymästä. Pelkästään progestiinia sisältävät valmisteet eivät aina estä ovulaatiota. Niiden keskeinen toimintamekanismi on kohdunkaulan liman muuttuminen siittiöille epäsuotuisaksi. Yhdistelmävalmisteiden tapaan progestiinitabletit aiheuttavat muutoksia kohdun limakalvolla, mutta on epävarmaa, estävätkö ne hedelmöittyneen munasolun kiinnittymisen. (Rivera ym. 1999, 1263–1265.)

Ehkäisytablettiteknologian kehittämisen edellyttämien tietojen kasautuminen perustui uudenlaisen ymmärryksen kehittymiseen sukupuolifysiologiasta ja sukupuolihormoneita tutkivan sukupuoliendokrinologian syntyyn 1900-luvun alussa. Alan perusta valettiin 1920- ja 1930-luvulla. Sukupuolihormonit herättivät niin tieteellisiä kuin kaupallisiakin toiveita. Hormoneille alettiin nopeasti etsiä klinisiä soveltamiskohteita, vaikka raaka-aineiden saatavuus rajoitti valmisteiden käyttöä. Käytännön syistä sukupuolihormonitutkimus keskittyi naisiin, sillä gynekologinen klinikka tarjosi sekä aluksi vaikeasti saatavia raaka-aineita että koepaikan valmisteille. Tässä kontekstissa naisten terveysongelmia alettiin tarkastella hormonien käsittein. Miesten osalta vastaavaa valmista organisaatiota ei ollut olemassa, mikä rajoitti mahdollisuuksia tulkita miesten ongelmat hormonaalisiksi. (Oudshoorn 1994, 9, 16–20, 22, 67–68, 79–80, 87–91, 108–110.)

Samaan aikaan hormonitutkimuksen viriämisen kanssa Yhdysvalloissa etsittiin ehkäisyyn soveltuvaa lääkettä. Yhdysvaltalainen naisasianainen ja syntyyvyyden säännöstelyn edistäjä Margaret Sanger visioi 1900-luvun alussa helppokäyttöisen pillerin, joka antaisi naisten kontrolloida lisääntymistään (Marks 2001, 51–53; May 2010, 21). Voi vuosi-

kymmeniä ennen kuin tämä pyrkimys kiinnittyi hormonitutkimukseen. Hormonien käyttö ehkäisytarkoitukseen sai aluksi vain vähän huomiota osakseen, vaikka tutkijat tunnustivatkin tämän mahdollisuuden. Itävallassa kehitettiin 1920- ja 1930-luvulla hormonivalmiste syntyvyyden säännöstelyyn, mutta se ei levinnyt käyttöön. Ehdotettiin myös, että hollantilainen lääkeyritys Organon olisi voinut myydä erästä hormonivalmistettaan ehkäisyvälineenä, mutta yritys torjui ehdotuksen. Periaatteessa ehkäisy pillerin kehittämisen pohjaksi tarvittava tieto oli olemassa parikymmentä vuotta ennen kuin varsinainen kehitystyö alkoi 1950-luvulla. Vaikka ensimmäisen demografisen transition aikaa elävillä ihmisillä oli halukkuutta rajoittaa hedelmällisyyttään, moraaliset, kulttuuriset ja poliittiset tekijät sekä toisaalta hormonaaliseen säätelyyn liitetyt terveyshuolet näyttävät muodostaneen vahvan esteen hormonaalisen ehkäisyvalmisteen käyttöönotolle. (Oudshoorn 1994, 97–98; Marks 2001, 41–48.)

USA:ssa toimi kuitenkin 1900-luvun alussa melko näkyviä syntyvyyden säännöstelyä ajavia liikkeitä, jotka pyristelivät pronatalistista valtavirtaa vastaan. Naisasialiikkeen piiristä nouseva syntyvyydensäännöstelyliike oli näistä yksi. Sanger oli liikkeen keskeinen vaikuttaja. Toinen vastavirtaryhmä oli neomalthuslainen liike, jolla oli omat lähtökohtansa: sen päämääränä oli väestönkasvun taltuttaminen ja sitä kautta köyhyyden voittaminen. Neomalthuslaisten keskeisen huolenaiheen muodosti väestön ja resurssien välinen tasapaino. Lisäksi yhtenä voimakkaana ryhmänä vaikuttivat väestön laatuun keskittyvät eugenistit. (Hodgson & Watkins 1997, 471–478.)

Eugenistit menettivät asemansa toisen maailmansodan jälkeen. Sen sijaan väestönkasvu nousi huomion kohteeksi uudella tavalla: väestötieteilijöiden havainnot yllättävän nopeasta väestönkasvusta kehitysmaissa aiheuttivat Yhdysvalloissa voimakasta huolestuneisuutta. Huolestumisen taustalla olivat sekä epäilykset maailman resurssien riittämättömyydestä että poliittiset motiivit. Köyhyyden ja väestönkasvun katsottiin kulkevan käsi kädessä. Köyhyyden puolestaan arveltiin edesauttavan kommunismin leviämistä. Tämä antoi neomalthuslaisesti orientoituneelle väestöajattelulle lisää julkista legitimitteettiä. Väestöongelma auttoi väestöasiantuntijoita ja perhesuunnitteluliikkeen hahmon ottanutta syntyvyydensäännöstelyliikettä löytämään yhteisiä näkemyksiä. Tällainen oli esimerkiksi ajatus siitä, että naiset haluavat kontrolloida lisääntymistään, jos heillä on siihen

mahdollisuus. Väestönkasvu miellettiin maailmanrauhaa ja vallitsevia globaaleja voimasuhteita uhkaavana ongelmana, jonka yhtenä ratkaisuna nähtiin alun epäröinnin jälkeen ehkäisyvälineiden levittäminen köyhiin maihin erilaisten perhesuunnitteluohjelmien kautta. (Emt., 478–484; Marks 2001, 21–31.)

Väestöhuoli antoi lisää pontta pyrkimyksille kehittää uusi ehkäisyväline. Pillerin kehittäminen sai merkittävän sysäyksen kahden naisasia-aktivistin, Sangerin ja Katharine Dexter McCormickin, lyöttäytyessä yhteen. Sanger innosti McCormickia rahoittamaan yksinkertaisen ja varman ehkäisyvälineen etsintää, mikä alkoi vauhdittaa työn etenemistä. Heidän tavoitteenaan oli antaa naisille mahdollisuus päättää itse lisääntymisestään. Naisten ehkäisymenetelmiin keskittymiselle oli tosin muitakin kuin emansipatorisia syitä – kuten miesten vähäisenä pidetty halukkuus lisääntymistoimintojensa säätelyyn ja konventionaaliset käsitykset siitä, että lisääntymiseen liittyvät asiat kuuluivat naisille. Sen lisäksi, että uuden ehkäisyvälineen täytyi olla nimenomaan naisten hallinnassa, ideaalisen ehkäisyvälineen tuli Sangerin mielestä myös olla lääketieteellinen, mikä auttaisi lääkäreitä suhtautumaan siihen myönteisesti. (Watkins 1998, 19–20; May 2010, 20–23.)

Huolimatta vasta virinneestä väestöhuolesta suhtautuminen ehkäisyvälineisiin oli julkisuudessa melko kielteistä. Yhdysvalloissa osavaltioiden viimeinen ehkäisyvälinekielto kumottiin vuonna 1965. Vuonna 1972 oikeus syntyvyyden säännöstelyyn laajeni koskemaan myös naimattomia kaikissa osavaltioissa. (Reed 1978, 377; Watkins 1998, 12.) Lääkeyrityksille ehkäisyvälineiden kehitystyö näyttäytyi niiden maineen kannalta riskialttiina (Marks 2001, 35–36). Mahdollisuuksia kuitenkin avautui vakiintuneiden lääketieteellisten instituutioiden ulkopuolella. Riippumattomassa Worcester Foundation for Experimental Biology -laboratoriossa työskenteli kiistanalaisten tutkimustensa vuoksi tiedeyhteisön laitamille ajautunut biologi Gregory Goodwin Pincus. Pincuksella oli asiantuntemusta reproduktiofysiologiasta, endokrinologiasta ja hormoneista sekä aiemman tutkimustyön aikana solmittuja hyödyllisiä kontakteja hormonitutkimuksesta innostuneisiin lääketekettäisiin. Sanger suostutteli Pincuksen muuttamaan tutkimustensa suuntaa ehkäisyvälineen kehittämiseksi vetoamalla uuden välineen tarpeellisuuteen ja tärkeyteen sekä järjestämällä rahoitusta työlle. (Reed 1978, 316, 322–333; Oudshoorn 1994, 117; May 2010, 23–24.)

Pincuksen tutkijaryhmä aloitti ensimmäiset ehkäisypillerin kehittämiseen johtaneet kokeet vuonna 1951. Työn tavoitteeksi asetettiin hormonaalinen ehkäisyvalmiste, joka voitaisiin annostella suun kautta. (Marks 2001, 90–92.) Pincus yritti taivutella lääketehdaita mukaan projektiin, mutta ne epäröivät ja vierastivat tuotteen arkaluonteisuuden vuoksi ajatusta julkisesta osallistumisesta. Kuitenkin tehtaat, joihin Pincuksella oli suhteita, lähettivät syntetisoimiaan hormoniyhdisteitä Pincuksen testattavaksi. (Maisel 1965, 12, 112, sit. Oudshoorn 1994, 119; Reed 1978, 355–356; Oudshoorn 1994, 119; Marks 2001, 35–36, 71.)

Alustavien kokeiden perusteella sopivimmiksi ovulaation estäviksi aineiksi valittiin synteettiset 19-norsteroidiyhdisteet, joista toinen oli Syntex SA:n, toinen G. D. Searle & Companyn. Työn seuraava vaihe oli valmisteen kokeilu ihmisillä. Pincus onnistui muodostamaan yhteyden laboratoriosta klinikalle tuttavansa, gynekologi John Rockin avulla. Katolinen Rock oli suorittanut hormonikokeita; tosin hänen tarkoituksenaan oli hoitaa hedelmättömyyttä. Rock oli kuitenkin huolissaan väestönkasvusta sekä perheiden liian nopean kasvun vaikutuksesta niiden tasapainoisuuteen, joten hän suostui osallistumaan projektiin. Ehkäisypillerin kehittäjät mielsivät ehkäisypillerin eduksi sen luonnolliseksi käsitetyn toimintamekanismin – pilleri jäljitteli yhtäältä normaalia kuukautiskiertoa, toisaalta raskautta. (Reed 1978, 351–355; Oudshoorn 1994, 119; Watkins 1998, 28–30; Marks 2001, 130.)

Sopivimmaksi hormoniyhdisteeksi valittiin Searlen progestestiiniyhdiste, noretynodreeli. Ehkäisypillerissä oli ollut tarkoitus käyttää estrogeenin spekuloitujen syöpää aiheuttavien vaikutusten vuoksi vain progestiinia, mutta kokeissa progestiiniyhdisteen estrogeenikontaminaatio näytti vähentävän käyttäjien välivuotoja. Ehkäisytehon takaamiseksi varmistamiseksi päädyttiin pilleriin, joka sisälsi 9,85 milligrammaa synteettistä progestiinia ja 150 mikrogrammaa synteettistä estrogeeniä. (Winter 1970, 1067; Watkins 1998, 29; Marks 2001, 72–75.) Progestiinin määrä oli noin kolmin–viisinkertainen nykyisiin matalahormonisiin pillereihin verrattuina ja estrogeenin noin viisinkertainen (esim. Bayer Schering Pharma Oy 2009a, 11; Bayer Schering Pharma Oy 2009b, 1). Annostelun aikataulu noudatteli kuukautiskiertoa. Pillerisarjojen välillä oli tauko, jonka

aikana esiintyi luonnolliseksi mielletty, kuukautisia muistuttava välivuoto. (Oudshoorn 1994, 120–121; Watkins 1998, 29; Marks 2001, 247.)

Pilleri vaikutti tehokkaalta, mutta todisteita sen toimivuudesta ja turvallisuudesta tarvittiin vielä laajoista kenttäkokeista, jotta yhdysvaltalainen valvontaelin Food and Drug Administration olisi voinut hyväksyä valmisteiden ehkäisykäyttöön. Samalla täytyi testata sitä, että se soveltuisi myös kehitysmaiden naisten käyttöön. Kenttäkokeita suoritettiin vuodesta 1956 lähtien Puerto Ricossa ja Haitilla. Kokeet vahvistivat Pincuksen ja Rockin käsitystä pillereiden tehokkuudesta. Ongelmiakin ilmeni, sillä monet naiset jättivät sivuvaikutusten tai muiden syiden vuoksi tutkimuksen kesken. Ajankohtaan nähden suoritettavat kokeet olivat kuitenkin kattavia. Vastaavia kokeita järjestettiin pian muissakin maissa ja eri valmisteita käyttäen. Tosin testauksesta huolimatta pillerin tarkkaa toimintamekanismia ei tunnettu. (Reed 1978, 359, 363–364; Watkins 1998, 30–33; Marks 2001, 203; Junod & Marks 2002, 146–152.)

Searlen valmistama Enovid-pilleri tuli Yhdysvalloissa myyntiin 1957 FDA:n antaman hyväksynnän jälkeen, jolloin kenttäkokeet olivat vielä kesken. Enovidin käyttökohde ei kuitenkaan ollut ehkäisy vaan gynekologisten häiriöiden hoito. Tässä vaiheessa lääkärit ja muut asiantuntijat kuitenkin spekuloivat sillä – ja asia varmistui viimeistään paketin varoituksesta tai Searlen tiedotuskirjeestä – että Enovid estäisi myös ovulaation. Terauttisiin tarkoituksiin hyväksyttyä Enovidia määrättiin ainakin 500 000 naiselle. On epäselvää, kuinka monen kohdalla kyse oli ehkäisystä. Searlen lisäksi myös muut yritykset toivat markkinoille vastaavia hormonivalmisteita. (Winter 1970, 1067; Reed 1978, 362; Watkins 1998, 24, 36; Junod & Warkins 2002, 126–129; May 2010, 4.)

Kun Pincus ja Rock saivat kerättyä tarpeeksi tutkimustietoa, Enovidille haettiin ehkäisyindikaatiota, jonka FDA myönsi vuonna 1960 (Reed 1978, 364). Ehkäisytabletti oli tullut markkinoille. Searle oli muiden lääkeyritysten lailla suhtautunut varovaisesti ehkäisytablettiin. Yritys kuitenkin päätti ottaa harkitun riskin, mikä osoittautui kannattavaksi ratkaisuksi. Pilleri otettiin myönteisesti vastaan ja omaksuttiin nopeasti sekä Yhdysvalloissa että muutamissa muissa teollistuneissa maissa (Marks 2001, 35–37, 183–185.) Vaikka ehkäisytablettiä ei Yhdysvalloissa mainostettu suurelle yleisölle, olivat melko monet lehdistön laajan raportoinnin ansiosta tietoisia pilleristä sen tullessa mark-

kinoille. Naiset alkoivat oma-aloitteisesti pyytää pillerireseptejä lääkäreiltään. (Watkins 1998, 41–42, 49–51.) Kyselytutkimuksen mukaan vuonna 1965 alle 45-vuotiaista naimisissa olevista naisista kyselyhetkellä pilleriä käytti 15 prosenttia. Vuonna 1970 osuus oli 22 prosenttia. Naimattomat käyttäjät jäivät kyseisissä tutkimuksissa laskematta. (Westoff & Ryder 1977, 3–4, 15.) Muutamassa vuodessa Enovidin käyttöönoton jälkeen monet lääkeyritykset olivat tuoneet kasvaville markkinoille oman ehkäisyvalmisteensa (Marks 2001, 77–78; Junod & Marks 2002, 124).

Lääkäreille pilleriä markkinoitiin niin lääke-esittelijöiden, postitse lähetettyjen mainosten kuin lehtimainonnankin välityksellä. Enovidia ei välittömästi mainostettu ehkäisyindikaatiolla ainakaan lääkrilehdissä, mutta pian sen markkinoille tulon jälkeen Searle lähetti lääke-esittelijänsä lääkäreiden luo tiedottamaan ehkäisytablettien. Ensimmäinen Enovid-lehtimainos painettiin *Obstetrics and Gynecology* -julkaisuun vuonna 1961. Potentiaalisesti laajat markkinat houkuttelivat melko pian Searlen lisäksi muitakin valmistajia markkinoimaan omia pillerimerkkejään. Markkinoinnin vaikutus pillerin omaksumispäätöksiin ja leviämiseen on epäselvä, mutta mainosmateriaalissa kuitenkin välitettiin tietoa valmisteiden käytöstä eli annettiin informaatiota esimerkiksi indikaatioista, annostelusta ja sivuvaikutuksista. Lisäksi mainosten suuri määrä on voinut vahvistaa mielikuvaa valmisteiden hyväksyttävyydestä. (Watkins 1998, 35–39.)

Käyttäjien määrän kasvun perusteella monet lääkärit omaksuivat valmisteiden ripeästi käyttöön. Lääkäreiden nopeaa ehkäisytablettien omaksumista on pyritty selittämään yhdysvaltalaisen terveydenhuollon institutionaalisella rakenteella: suuri joukko yksityislääkäreitä hyötyi taloudellisesti pillereiden käytön edellyttämästä tiivistä kontrollista. Erityisesti gynekologeille ja obstetrikeille ehkäisyvälineiden jakelu näyttäytyi keinona saada lisää asiakkaita. Lääkärit todennäköisesti mieltäytyivät pillereiden lääketieteelliseen luonteeseen sekä niiden määräämisen nopeuteen ja helppouteen pessaarin sovitukseen verrattuna. Lääkärit saattoivat ehkäisytablettien myötä toimia potilaansa hyväksi perhesuunnittelun alueella lääketieteelliseksi miellyttävien keinoin. (Reed 1978, 364–365; Watkins 1998, 34–35, 39; Marks 2001, 121.)

Julkisuudessa pilleriin suhtauduttiin niin positiivisesti, huolestuneesti, paheksuvasti kuin jokseenkin neutraalistikin. Myönteisyys yhdistyi pillerille annettuun rooliin väestön-

gelmien ratkaisijana mutta toisaalta myös onnellisen ja tasapainoisen avioelämän edistäjänä. Huolestuneisuus johtui etupäässä sivuvaikutusten pelosta, kun taas paheksunta liittyi epäilyihin pillerin vaikutuksista seksuaalikäyttäytymisen vapautumiseen – tosin asiasta esitettiin myönteisiäkin tulkintoja. (Watkins 1998, 42–49; Tone 2006, 261.) Tässä valossa valmisteiden käyttäjäkunta pyrittiin aluksi rajaamaan naimisissa oleviin vanhempiin naisiin, joilla oli jo lapsi tai lapsia. Toisaalta pillerin ajateltiin sopivan myös vähävaraisille yksinhuoltajanaيسille lasten määrän rajoittamiseen. Ensimmäiset omaksujat olivat kuitenkin – osin vastoin odotuksia – nuoria, keskiluokkaisia ja naimisissa olevia valkoisia naisia, jotka pilleriä hyödyntämällä tarttuivat kodin ulkopuolisiin työmahdollisuuksiin. Myös naimattomat naiset tavoittelivat pillereitä, ja niitä haettiin jopa tekaistun siviilisäädyn turvin. Nuoret ja naimattomat naiset alkoivat kuitenkin laajemmassa mittakaavassa saada ja käyttää ehkäisytabletteja vasta 1970-luvulla. (Westoff & Ryder 1977, 17, 21; Watkins 1998, 135; Marks 2001, 200, 202–207.)

Tablettien käyttäjäkunta poikkesi joka tapauksessa jonkin verran sen kehittäjien odotuksista. Sanger ja Rock olivat toivoneet pillerin suojaavan perhearvoja ja perinteistä maailmanjärjestystä (Reed 1978, 352–353; McLaren 1990, 240). Vastoin toiveita ehkäisytabletti ei myöskään tuonut ratkaisua kehitysmaiden väestöongelmiin, sillä se levisi ensin ja etupäässä kehittyneiden maiden naisten ehkäisyvälineeksi (Caldwell 2008, 437; May 2010, 53). Köyhiin maihin kohdistettujen perhesuunnitteluohjelmien epäonnistumisen yhtenä syynä pidettiin epäsoveltuvaa ehkäisyteknologiaa. Niinpä ehkäisytablettien sijasta alettiin pian kehittää kiertävien menetelmien tapaisia menetelmiä, joiden käyttäjiltä vaadittaisiin vähemmän motivaatiota. (Hodgson & Watkins 1997, 485.)

Odottetusta poikkeavan käyttäjäkunnan ohella toisen pillerin omaksumisen yhteydessä esille tulleen merkittävän pulman muodostivat erilaiset teknologian itsensä epätäydellisyyteen liittyvät ongelmat. Valmisteen kehitystyö ei ollut sen tullessa markkinoille vielä monellakaan tavalla loppuunvietyä, mikä aiheutti myös valmisteiden kehittäjien näkökulmasta tarpeen kehittää tuotetta (Junod & Marks 2002, 122). Pienimuotoisimmat parannukset liittyivät pillerin muistamisen helpottamiseen: pilleripurkeista siirryttiin helpokäyttöisemmäksi kehiteltyihin annostelupakkauksiin. Markkinoille ilmestyi myös uusia annostelumuotoja: alkuperäisestä 20 pillerin systeemistä siirryttiin 21 tai 22 pille-

rin järjestelmään tai jatkuvasti otettaviin pillereihin sen mukaan, minkä ajateltiin olevan kuluttajille helppokäyttöisintä. (Marks 2001, 245–248.)

Hankalampi teknologian keskeneräisyyteen liittyvä kysymys koski pillerin käytön turvallisuutta. Ensimmäisen ongelman muodostivat koekäyttäjien havaitsemat sivuvaikutukset kuten pahoinvointi, päänsärky ja huimaus. Pincus oli Puerto Ricon kokeiden aikana pitänyt näitä oireita plasebokokeiden perusteella subjektiivisina, mutta ne saivat silti osan naisista jättämään kokeen kesken. Varhaisten kokeiden tarkkailijat huolehtivatkin sivuvaikutusten määrästä. FDA oli tietoinen oireista mutta piti niihin puuttumista kysynnän ja tarjonnan lakiin nojaten pillereitä valmistavan tehtaan ongelmana. (Reed 1978, 361; Watkins 1998, 32; Junod & Marks 2001, 140.)

Vakavampiakin terveyteen liittyviä huolenaiheita nousi esiin. Vuonna 1961 alkoi ilmes-
tyä raportteja ehkäisytablettien käyttäjien pahimmillaan kuolemaan johtaneista ve-
risuonitukoksista. Asiaa oli monestakin syystä vaikeaa tutkia tarkemmin, mutta kattavia
todisteita ehkäisytablettien käytön ja veritulppien välisestä yhteydestä alkoi kertyä 1960-
luvun jälkipuolella. Käsitys yhteydestä vahvistui hiljalleen, vaikka tutkimukset eivät
aina tuottaneetkaan yhdenmukaisia tuloksia. (Medical Research Council 1967; Marks
2001, 138, 140–147; Junod & Marks 2002, 153–155.) Yhdysvalloissa tietoa pillereiden
terveysriskeistä levittivät julkisuuteen senaattori Gaylord Nelsonin vuonna 1970 pillerin
haittavaikutuksista järjestämät kuulemiset, joiden yhteydessä myös feministinen naisten
terveysliike ja sen kritiikki ehkäisytablettiä kohtaan vahvistui (Watkins 1998, 104–120).
Pillerin terveysriskejä koskevien tietojen levitessä käyttäjien määrä näyttää Yhdysval-
loissa laskeneen hieman ainakin nuorehkojen naimisissa olevien naisten osalta 1960- ja
1970-luvun taitteessa (Ryder 1972, 234; Westoff & Ryder 1977, 47–48).

Veritulppien lisäksi pillereiden on pelätty aiheuttavan syöpää. Naishormonien ja syövän
yhteydestä on keskusteltu 1930-luvulta lähtien (Oudshoorn 1994, 107). Huoli syövästä
väritti pillerinkin kehittämistä, mutta toisaalta esille tuotiin myös se, että valmisteella
saattaisi olla syöpäriskiä vähentäviä vaikutuksia. Syöpätutkimusta kuitenkin vaikeutti ja
vaikeuttaa edelleen syövän kehittymisen hitaus ja erilaisten sekoittavien tekijöiden vai-
kutukset. Tutkimus on jatkunut nykypäivään saakka. Vuoroin pillerin on katsottu ehkäise-

vän syöpää, vuoroin aiheuttavan sitä. Ilmeisesti se ehkäisee tiettyjä syöpätyyppejä mutta kohottaa riskiä sairastua toisiin. (Marks 2001, 158–182.)

Keskeisimpiä keinoja turvallisuuden lisäämiseksi on ollut pillereiden hormonien ja niiden pitoisuuksien muuttaminen. Hormonimäärien pudottaminen oli jo 1930-luvulla käytetty keino syöpää koskevan huolestuneisuuden hälventämiseen. Sopivaa annostusta, eli yhtä aikaa tehokasta ja mahdollisimman vähän sivuvaikutuksia aiheuttavaa, on etsitty vuosikymmeniä pillerin markkinoille tulemisen jälkeen. Aluksi annostus oli hyvin suuri tehokkuuden varmistamiseksi. (Oudshoorn 1994, 107, 134; Marks 2001, 152.) Motivaatio hormonipitoisuuksien leikkaamiseen oli olemassa ilman huolta sivuvaikutuksista, sillä pillereistä pyrittiin niiden leviämisen edistämiseksi tekemään edullisia (Junod & Marks 2002, 144). Yhdysvalloissa pillereiden hormonipitoisuutta pudotettiin ensi kerran 1962, kun Enovidin sisältämien hormonien määrät puolitettiin. Tiedot pillereiden haittavaikutuksista 1960- ja 1970-luvun taitteessa voimistivat yrityksiä vähentää hormonimääriä. Korkeahormonisten valmisteiden poistaminen markkinoilta kokonaan tapahtui kuitenkin Yhdysvalloissa hitaasti. (Marks 2001, 77, 139–140, 152–153, 155.)

Hormonipitoisuuksien leikkaaminen ei ollut ainoa tapa, jolla valmisteita muokattiin. Vuonna 1965 FDA hyväksyi uudentyyppiset sekventiaalipillerit, joiden annostelujärjestelmä jäljitteli kehon hormonipitoisuuksia kuukautiskierron eri vaiheissa (Robertson 1990, 131). Lisäksi kehitettiin uusia hormoniyhdisteitä. Esimerkiksi ensimmäisen sukupolven progestiineista siirryttiin voimakkaamman levonorgestreelin kehittämisen myötä toisen sukupolven progestiineihin 1970-luvulla (Cerel-Suhl & Yeager 1999, 2076). Pelkkää progestiinia sisältävä pilleri hyväksyttiin Yhdysvalloissa markkinoille 1973 (IPPF 1973, 3). Toisaalta markkinoilta poistettiin valmisteita muistakin syistä kuin niiden korkeiden hormonipitoisuuksien vuoksi: sekventiaalipillereiden myynti lopetettiin Yhdysvalloissa tavallisiin yhdistelmävalmisteisiin verrattuna heikomman tehon ja kohonneen syöpäriskin takia (Robertson 1990, 131). Pilleriteknologian tutkiminen ja muokkaaminen on sittemmin jatkunut tiiviinä, mutta tuoreemmat kehityskulut ovat työni rajauksen ulkopuolella.

5 Suomalainen syntyvyyden säännöstelyn konteksti

Tarkastelen seuraavaksi sitä, miten ulkomainen ehkäisypilleriteknologia omaksuttiin käyttöön Suomessa. Diffuusioprosessi on monestakin syystä ollut erilainen kuin Yhdysvalloissa. Kuvaan ensin lyhyesti suomalaisen väestöajattelun päälinjoja sekä asennoitumista syntyvyyden säännöstelyyn 1900-luvun alkuvuosikymmeninä ja sotien jälkeisen jälleenrakennuskauden aikana. Luonnehdin etäisempää historiaa tuodakseni perspektiiviä sille muutokselle, joka alkoi vähittäin ilmetä yleisessä asennoitumisessa syntyvyyden säännöstelyyn ja seksuaalisuuteen 1960-luvulla. Kolmas tarkasteleman jakso ulottuu 1960-luvun alusta 1970-luvun alkupuolelle kattaen jakson, jonka kuluessa ehkäisypilleri vähitellen levisi melko laajamittaiseen käyttöön.

Tarkasteleman jaksojen välille muodostuu jatkumo lähes katkeamatta laskevasta hedelmällisyydestä. Kuitenkin laskun nopeus ja sen taustalla vaikuttavat syyt, muun muassa eri ehkäisykeinojen käyttö ja asennoituminen sekä näihin keinoihin että syntyvyyden säännöstelyn harjoittamiseen yleensä, ovat vaihdelleet huomattavasti. James Reed (1978) on yhdysvaltalaisen perhesuunnitteluliikkeen historiaa käsittelevän teoksensa otsikossa osuvasti tiivistänyt perhesuunnittelun muuttuneen yksityisestä paheesta julkiseksi hyveeksi. Tosin hyveestä puhuessaan hän viittaa siihen, että Yhdysvalloissa väestönkasvuongelmista huolestuminen on tehnyt syntyvyyden säännöstelystä legitiimiä (emt., xiii). Samalla ilmauksella voi luonnehtia myös Suomessa tapahtunutta muutosta syntyvyyden säännöstelyyn suhtautumisessa. Hyveeksi se on kuitenkin ymmärretty osin eri syistä kuin Yhdysvalloissa. Kyse on yksilöiden vastuullisesta toimimisesta omassa elämässään, eikä tällaisen ajattelun muotoutumisessa huoli väestönkasvusta ole ollut keskeinen (ks. Helén & Yesilova 2003).

Syntyvyyden säännöstelystä tehdyt tulkinnat ovat yhteydessä aikakauden aatteellisiin ja poliittisiin oloihin – sekä väestöajatteluun. Pillerin omaksumisen ajankohta osuu hyvinvointivaltion nopean ja voimakkaan laajentumisen aikakaudelle (Alestalo 1985, 197; Alestalo & Uusitalo 1986, 264). Erityistä huomiota tarkastelussani saa lääkäriasiantuntijoiden asennoituminen syntyvyyden säännöstelyyn. Lääkärikunnalla on ollut 1900-luvun kuluessa vahvistuva rooli reproduktioon liittyvissä asioissa. Varsinkin 1900-luvun alkupuolella lääkärikunnan toiminta reproduktion kentällä kytkettiin eksplisiittisesti

väestöpolitiikkaan. Sittenminkin lääkäreiden rooli ehkäisyvalistuksen ja -välineiden levittämisessä sekä hyvinvointivaltion terveydenhuoltojärjestelmän rakentumisessa on ollut merkittävä. (Nätkin 1994, 149–150; Rintala 1995; Helén 1997, 137.)

Tapahtuneiden muutosten myötä on syntynyt tilanne, jossa raskauden ehkäisy moderneilla ehkäisyvälineillä on yleistä ja hyväksyttyä. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 18–44-vuotiaista naisista käytti vastaushetkellä ehkäisypillereitä noin 25 prosenttia. Nuorten eli 18–24-vuotiaiden ryhmässä osuus oli liki puolet. Vanhemmissa ikäryhmissä käytettiin kierukkaa pilleriä yleisemmin. Elämänsä aikana ehkäisypillereitä oli käyttänyt 54-vuotiaista ja sitä nuoremista naisista jokaisessa tarkastellussa ikäryhmässä useampi kuin kolme neljästä. Ikäryhmässä 30–34-vuotiaat osuus oli suurin, 90,4 prosenttia. (Kosunen ym. 2004, 54, 57.) Tiedonkeruuvuosien 2000 ja 2001 keskiikäilukujen keskiarvon perusteella laskettuna 18–54-vuotiaita ehkäisypillereiden käyttäjiä olisi ollut vuosituhannen alussa noin 245 000 (Tilastokeskus 2010b). Pillereiden käyttäjien todellinen määrä on vielä jonkin tätä verran suurempi, koska tiedot koskevat yli 18-vuotiaita: vuoden 2003 survey-tietojen perusteella 16-vuotiaista tytöistä ehkäisypilleriä käytti 20,8 prosenttia ja 14-vuotiaistakin pieni osuus, 2,8 prosenttia (Hassani ym. 2006, 651). Ehkäisypillerit ovat nykyään erityisesti nuorten naisten ehkäisykeino.

Pillerin ja kierukan lisäksi kondomi on ollut suosittu ehkäisykeino sekä 1990-luvulla että 2000-luvun alussa. Muiden menetelmien suosio on selvästi vähäisempi. Keskeytetyn yhdyntän ja rytmimenetelmän kaltaisten tekniikoiden harjoittajien osuus kaikista vastaajista jäi sekä 1990- että 2000-luvun alussa muutamiin prosentteihin. Sama pätee 1990-luvulla kerättyjen tietojen mukaan ehkäisyä tarvitseviin mutta sitä käyttämättä jättäneiden osuuteen. (Erkkola & Kontula 1993, 348; Kosunen ym. 2004, 55.)

5.1 Väestö kansakunnan voimana 1900-luvun alkuvuosikymmeninä

Monissa länsimaissa herättiin huomaamaan väestötilastoista syntyneisyyden väheneminen 1800- ja 1900-luvun taitteessa. Havainnosta huolestuttiin, sillä lasten määrän laskun pelättiin johtavan väestön vähentymiseen. Lisäksi sen katsottiin kertovan perheen kriisistä. Muutokset nostattivat sosiaalisia, taloudellisia, poliittisia ja sotilaallisia huolia, jotka voimistuivat, kun hedelmällisyys laski 1930-luvulla ennennäkemättömän alas.

Sota-ajat tukivat näkemyksiä väestöstä kansan voimakkuuden takaajana. Huolestuneisuuden seurauksena pronatalistinen sävy väritti monen maan poliittista agenda. Väestönkasvua painottava ajattelutapa kohtasi kuitenkin myös joukon vastustajia. Lisäksi monien kansalaisten into omistautua väestökysymykselle oli rajallinen. (Gauthier 1998, 16–22, 30–31, 33.)

Samat kehityskulut kuvaavat yleisesti tilannetta Suomessakin. Pronatalismi sävytti opineiden ajattelua jo ennen transition alkua. Väestön pienuuden vuoksi näkemykset saivat Suomessa erityistä painoarvoa. (Pitkänen 1988, 55.) Demografinen transitio käynnistyi silti Suomessakin, vieläpä varsin modernisoitumattomissa olosuhteissa. Tosin Länsi-Eurooppaan nähden transitio alkoi melko myöhään, vuonna 1910. (Knodel & van de Walle 1986 394–395; Pitkänen 2003, 205.) Laskun taustalla olivat maallikoiden hallitsemat keinot: pidättäytyminen, keskeytetty yhdyntä, abortti ja imetys. Mekaanisia ehkäisyvälineitä kaupattiin kuitenkin jo 1800-luvun lopulla. Niitä myytiin apteekeissa, erilaisissa vähittäismyymälöissä ja postimyynnin välityksellä. Kondomeja, pessaareja, sienä ja erilaisia kemikaaleja myös mainostettiin. Mainonnan määrän perusteella välineiden myynti ei ole voinut olla täysin merkityksetöntä. Kuitenkin niiden käyttö rajoitui pitkään ylempiin sosiaaliryhmiin, kaupunkilaisiin ja jossain määrin työläisväestöön. (Pitkänen 2003, 202–203, 205–206; Ritamies 2006, 188–191.) Kokonaishedelmällisyys laski Suomessa 1930-luvun puoliväliin asti. Matalimmallaan ennen 1940-lukua kokonaishedelmällisyysluku oli 2,27 lasta naista kohden vuonna 1933. Taustalla on aviollisen hedelmällisyyden väheneminen, mutta ennen 1930-lukua muutosta vauhditti myös avioituneiden osuuden kutistuminen. (Lutz 1987, 470–471; Tilastokeskus 2010c.)

Sivistyneistön piirissä vallitsivat samaan aikaan nationalistishenkiset kansakuntaa koskevat näkemykset, joiden pohjalta väestömäärää korostettiin tärkeänä kansakunnan painoarvon määrittäjänä. Ihanteet ja todelliset kehityskulut olivat ristiriidassa, jonka valossa kokonaishedelmällisyydessä tapahtuneet muutokset näyttivät ongelmallisilta. Laskun syynä pidettiin ehkäisymenetelmien käyttöä. Ennen 1930-lukua ehkäisymenetelmiä oli arvosteltu silti lähinnä moraalisin ja terveydellisin perustein. Selitys tälle on todennäköisesti se, että kuolleisuuden laskun vuoksi väestönkasvunäkymät vaikuttivat yhä melko valoisilta. Väestökysymys muuttui kuitenkin 1930-luvulla aiempaa akuutimmaksi.

Merkittävä väestöhuolta virittänyt tapahtuma oli Gunnar Modeenin vuonna 1934 Kansantaloudellisessa Yhdistyksessä pitämä esitelmä väestöennusteesta, jonka mukaan Suomen väkiluku olisi neljää miljoonaa koskaan saavuttamatta alkanut kutistua 1970-luvulla. (Pitkänen 1988, 59–60, 63–66; Pitkänen 2003, 195.)

Syntyvyyden säännöstelyn keinoista abortti näyttää julkisuudessa saaneen eniten huomiota osakseen. Aborttien määrän kasvu 1900-luvun alkuvuosikymmeninä oli väestöhuolen kannalta erittäin epäsuotava kehityskulku. Laittomia abortteja arvioitiin ennen 1950-lukua tehdyn 25 000–30 000 kappaletta vuosittain. Puoskarien tekemät abortit liitettiin taloudellisiin ongelmiin mutta myös itsekkyyteen ja mukavuudenhaluun. Lääkärit osallistuivat abortista ja sen mahdollisesta laillistamisesta käytyyn keskusteluun niin väestöllisistä kuin eettisistäkin lähtökohdista. Valtaosa lääkärikunnasta asettui väestönkasvuun tähtäävän väestöpolitiikan taakse. Aborttiongelma nivoutui lääkäreiden välityksellä muiden syntyvyyden säännöstelyn keinojen puutteeseen: lääkärikunnan kielteinen suhtautuminen preventiivisiin keinoihin esti aborttitilanteen korjaantumista. (Ervasti 1994, 85–86; Meskus 2003, 230–231; Ritamies 2006, 189.)

Talvisodan syttyminen sai väestönkasvuun kohdistuvan huolen painottumaan entisestään (Helén 1997, 210). Väestökysymyksen ratkaisu nähtiin valtiojohdon tasolla kansakunnan kohtalonkysymyksenä (Rauttamo 1980, 10). Väestöhuoli kanavoituikin valtiollisiksi toimenpiteiksi, vaikka vasemmisto ja pronatalistisesti orientoitunut oikeisto olivat eri linjoilla syntyvyyden säännöstelyn suhteen (Helén 1997, 219–220). Yksinkertaistaen väestönkasvun ja väestön laadun turvaamiseksi tarkoitetut toimenpiteet olivat kahtalaisia. Yhtäältä kyse oli äitiysavustuslain (322/1937) ja kunnallisia äitiys- ja lastenneuvoiloita koskevan lain (224/1944) kaltaisista uudistuksista, joilla pyrittiin osin väestöpoliittisista näkökulmista käsin tukemaan perheitä. Toisaalta esiintyi myös vahvemmin väestöpoliittisesti virittyneitä pyrkimyksiä kontrolloida syntyvyyden säännöstelyä ja aborttiin turvautumista. Väestön kontrollipyrkimys ilmeni kuitenkin valtiollisesti ennen 1950-lukua lähinnä vain väestön laatua painottavassa sterilisoinmislaissa (227/1935).

Pronatalistisessa ja familistisessä hengessä perustettiin lisäksi ei-valtiollinen mutta kuitenkin valtion tukema Suomen väestöpoliittinen keskusjärjestö Väestöliitto r.y. vuonna 1941. Varapuheenjohtaja Elsa Enäjärvi-Haavio luonnosteli järjestön piirissä tehtävän

työn tavoitteeksi saada keskimäärin kuusi lasta jokaiseen suomalaiseen perheeseen. Loppullinen ohjelma oli maltillisempi, mutta Enäjärvi-Haavion kannanotot antavat vihjeen toiminnan varhaisista suuntaviivoista. Järjestö otti alkutaipaleellaan kantaa äitiyssuojelun, abortin ja sterilisointilain kaltaisiin asioihin. (Rauttamo 1980, 1, 6, 8, 11–12, 61.)

5.2 Sotien jälkeinen perheen jälleenrakennus

Heti sotien jälkeen Suomen väestökehityksessä tapahtui odottamaton käänne: kokonaishedelmällisyys alkoi nopeasti kasvaa. Korkeimmillaan naista kohden laskettu kokonaishedelmällisyysluku oli lähes 3,5 vuosina 1947–1948 (Tilastokeskus 2010c). Niin sanottu suuret ikäluokat syntyivät yhden määritelmän mukaan vuosina 1945–1950. (Karisto 2005, 18, 20–21.) Kaikkein korkeimmillaan syntyneisyys oli 1946–1949, jolloin joka vuosi syntyi yli 100 000 lasta (Tilastokeskus 2010a). Syntyneisyyden nousuun vaikutti miesten paluu rintamalta, mikä kohotti avioituvuutta. Kokonaishedelmällisyys nousi sotien jälkeen myös monissa muissa maissa, mutta Suomessa kokonaishedelmällisyyden kasvu alkoi varhain, heti sodan jälkeen, ja oli poikkeuksellisen suuri. Perheitä tukeva väestöpolitiikka on myös saattanut vaikuttaa syntyvyyden kasvuun, mutta on epäselvää, missä määrin. (Karisto 2005, 18, 20, 22; vrt. Nätkin 1994, 134–135, 143.)

Välittömästi sodan jälkeen väestönkasvu oli väestöpolitiikan prioriteetti (Nätkin 1994, 133). Suurten ikäluokkien syntyminen sai kuitenkin väestöhuolet haihtumaan 1950-luvun alkupuolella (Pitkänen 1988, 70). Kokonaishedelmällisyys kääntyi uudelleen laskuun jo 1940- ja 1950-luvun taitteessa, mutta muutos ei enää saanut osakseen samankaltaista huolta kuin 1930-luvulla. Huomion painopiste muuttui vähitellen. Pronatalismista siirryttiin sosiaalipoliittisen kurssimuutoksen myötä onnellisen perheen väestöpolitiikkaan. Sen puitteissa perhe ei ensisijaisesti näyttäytynyt väestönkasvun lähteenä vaan itsenäisenä yksikkönään, jota julkisen vallan täytyi sodan jälkeen jälleenrakennuksen hengessä tukea. Hyvinvoivan perheen ajateltiin turvaavan yksilöidenkin onni ja tasapaino. Onnellisen perheen luominen limittyi hyvinvointivaltion perustan valamiseen. Hajanaiset perhettä tukevat toimenpiteet vakiintuivat ja laajenivat 1950-luvun alussa monipuolisemmaksi ja kattavammaksi perhepoliittiseksi järjestelmäksi. (Auvinen 1991, 210–221; Strömmer 1991, 45–46; Helén 1997, 233, 235, 238, 330–331; Tilastokeskus 2010c.)

Onnellisen perheen ymmärtäminen yhteiskunnan tukipilariksi avasi uudenlaisia näkökulmia preventiiviseen syntyvyyden säännöstelyyn. Väestöliitto otti aloitteellisesti ohjelmaansa ”seksuaalikasvatus- ja preventiivikysymyksen” vuonna 1946 (Rauttamo 1980, 63). Se hallinnoi ehkäisyasioita Suomessa 1950–1960-lukujen aikana. Aluksi syntyvyyden säännöstelyä tarkasteltiin osittain pronatalistisen linssin läpi: ehkäisymahdollisuuden ajateltiin toimivan perheen kasvua edistäjänä tekijänä. Familistinen painotus kuitenkin voimistui. Avioliiton sisällä syntyvyyden säännöstelyä oli mahdollista harjoittaa perheen suojelemiseksi. Esimerkiksi liian tiuhaan tahtiin synnyttäminen vaaransi äidin terveyden. Ehkäisy saattoi olla tarpeellista silloinkin, jos naisen raskaudenpelko häiritsi aviopuolisoiden sukupuolielämää siinä määrin, että perheen perusta eli vanhempien onnellinen aviosuhde vaarantui. Lisäksi syntyvyyden säännöstely saattoi tulla kyseeseen taloudellisten tai sosiaalisten ongelmien vuoksi – tai naisen työskentelyn takia. Naisen tarvetta ja oikeutusta syntyvyyden säännöstelyyn alettiin enenevästi käsitellä lääketieteellisessä kontekstissa. Huomion kohteena oli nimenomaan nainen, ei mies. Gynekologiaan erikoistuneet lääkärit kontrolloivat naisen ehkäisyteknologian käyttöä väestö- ja sosiaalipoliittisista lähtökohdista käsin. (Helén 1997, 248, 251, 254–257.)

Väestöliitto pyrki toteuttamaan ehkäisyn edistystyötä myös uutta teknologiaa hyödyntämällä: pessaarien maahantuontia koskevat neuvottelut aloitettiin 1946 (Rauttamo 1980, 63). Väestöliiton piirissä pessaari yhdessä spermisidin kanssa miellettiin parhaimmaksi ehkäisyvälineeksi. Pessaari mahdollisti medikaalisen kontrollin: gynekologin täytyi mitata oikea pessaarin koko, jolloin ehkäisyvälineen naiselle suoma vapaus pysyi lääkärin hallinnassa. Maallikkojen epäluotettaviksi mielletyt tekniikat hylättiin. Erityisesti miesten käyttämät keinot nähtiin epävarmoina ja -mukavina. (Helén 1997, 255–256.) Tosin 1970-luvulla koottujen tietojen perusteella pessaarista oli kertynyt hyvin vähän käyttökokemuksia 45–54-vuotiaiden ikäryhmässä, johon kuuluvat olisivat voineet sitä 1950-luvulla käyttää (Leppo 1978, 49; Ritamies 2006, 197).

Monille naisille syntyi 1940- ja 1950-luvulla lapsia ilman erityistä säännöstelyä ja suunnittelua (Nätkin 1994, 137). Ennaltaehkäisevän syntyvyyden säännöstelyn suunnitelmallinen ja vastuullinen toteutus tieteellisin keinoin muuttui kuitenkin vähitellen ihanteeksi. Valistustietoa perhesuunnittelusta levitettiin Väestöliitosta esitelmien, elo-

kuvien ja oppaiden välityksellä, mutta ennen kaikkea pyrittiin antamaan naisille henkilökohtaista neuvontaa. (Auvinen 1991, 216; Helén 1997, 249–250.) Henkilökohtaisen neuvonnan väyläksi Väestöliitto perusti ensimmäisen avioliittoneuvolan Helsinkiin vuonna 1947. Neuvolassa muun muassa annettiin naimisissa oleville ohjeita ja opastusta ehkäisyasioissa sekä sukupuolielämän ongelmatapauksissa. Muutaman vuoden sisällä neuvoloita perustettiin myös muihin suuriin kaupunkeihin. Neuvoloihin pyrittiin hoito-henkilökunnan lisäksi saamaan gynekologi ja psykiatri. (Rauttamo 1980, 63–64.) Lääkäreitä oli toiminnan alkuvaiheessa mukana parikymmentä (Auvinen 1991, 216).

Väestöliiton työsarka ei jäänyt tähän: se otti uuden aborttilain myötä vastuulleen myös abortintorjuntatyön (Rauttamo 1980, 64). Aborttiongelma ei ollut sodan jälkeen kadonnut mihinkään, ja juuri abortit nähtiin yhtenä keskeisenä perhettä uhkaavana vaarana (Helén 1997, 233). Vuonna 1950 asiasta säädettiin laki (82/1950), jossa abortti määrättiin sosiaalis-lääketieteellisin perustein sallituksi. Abortti muuttui rikoksesta lääketieteelliseksi käytännöksi. Se siirtyi medikaalisen hallinnon välityksellä laajemman yhteiskunnallisen kontrollin ja tuen piiriin. (Meskus 2003.) Väestöliiton torjuntatyön yhden keskeisen ulottuvuuden muodosti ei-toivottujen raskauksien ennaltaehkäiseminen. Ehkäisyn hyväksyminen oli eräänlainen kompromissiratkaisu aborttien teettämisen vaihtoehdoksi. Aborttilaki, sen paremmin kuin abortintorjuntatyökään, ei täyttänyt asetettuja odotuksia. Keskustelu abortista jatkui kiivaana 1960-luvulla. (Sundström 1966; Helén 1997; 229–232.)

Näyttää siltä, että osin väestönkasvusta ja uusista ideologisista virtauksista johtunut pronatalismin hiipuminen, aborttiongelma, syntyvyyden säännöstelyn medikalisaatio Väestöliiton avioliittoneuvoloissa sekä edellisiin kehityskulkuihin liittyvä syntyvyyden säännöstelyn käsittäminen preventiiviseksi perhesuunnitteluksi edistivät 1950-luvulla ehkäisyn vähittäistä hyväksymistä. Muuttuneella suhtautumisella oli kuitenkin rajansa: ehkäisyn hyväksyttävyyttä sääteli aviollisuuden normi. Olennaista oli myös se, että syntyvyyden säännöstely nähtiin äitiyden ja perheen tukemisena. Julkiset kondomiautomaatit torjuttiin Väestöliitossa moraalisin perustein. Tällaiset näkemykset ehkäisystä joutuivat seuraavana vuosikymmenenä ravistelun kohteiksi. (Palolampi & Leppo 1966, 59–60; Sundström 1966, 69–70; Auvinen 1991, 222–223; Helén 1997, 249–250, 256, 341.)

5.3 Yksilön vapaus ja velvollisuus valita 1960-luvulta lähtien

Suomessa 1960-luku merkitsi monessa mielessä historiallista käännekohtaa. Tuolloin käynnistyi kokonaisvaltainen ja kauaskantoinen yhteiskunnallinen muutosprosessi, josta väestötekijöiden muutos muodostaa vain osan. Perinteinen elinkeinorakenne murtui, maaseudulta muutettiin kaupunkeihin työskentelemään teollisuus- ja palvelusektorille, ihmisten liikkuvuus lisääntyi myös maan rajojen ulkopuolelle ja Suomi alkoi vaurastua. Naisten asemassakin tapahtui muutoksia, mikä näkyi muun muassa koulutustason nousuna ja perheellisten naisten työssäkäynnin yleistymisenä. Tosin nämä muutokset olivat käynnistyneet jo edellisen vuosikymmenen aikana. (Ks. Hulkko 1979, 22; Jallinoja 1980 230–249; Alestalo 1985.) Kysymys ei ollut vain rakenteiden muutoksesta vaan myös uusien ideologioiden esiinmarssista (esim. Julkunen 1994, 186–192). Aikakauden asenteelliset ja aatteelliset muutokset ilmenivät esimerkiksi vuoden 1966 vaaleissa, joissa vasemmistopuolueet nousivat valtaan (Tilastokeskus 2004, 562–563).

Monet rakenne-, arvo-, käyttäytymis- sekä väestömuutokset on mahdollista tulkita toisen demografisen transition näkökulmasta. Toiseen transitiioon liitetyt väestölliset muutokset alkoivat Suomessa tulla esiin 1960-luvun lopulla, mutta selkeämmin ne ilmenivät 1970-luvulla (ks. van de Kaa 1987; van de Kaa 2002, 9–10). Esimerkiksi avioituvuus oli 1960-luvulla korkealla. Lisäksi ensimmäiset avioliitot solmittiin melko nuorena: miesten avioitumisikä oli 1960-luvulla keskimäärin 25 ja naisten 23 vuotta. Hiukan yli kolmasosa naisista oli naimisiin mennessään raskaana. Toisaalta avioerot alkoivat jo 1960-luvun alusta lähtien lisääntyä kiihtyvällä tahdilla. Solmittujen liittojen määrä laski 1970-luvun alussa. Samalla avoliitot alkoivat yleistyä. Avioliiton ulkopuolella syntyneiden lasten osuus alkoi nousta hitaasti 1960-luvun puolivälistä lähtien, mikä kertonee avoliittojen määrän kasvusta. Haastattelututkimuksen perusteella vuonna 1978 noin 150 000–200 000 suomalaista eli avoliitossa. (Tilastokeskus 1978, 60, 62; Aromaa ym. 1979; Lindgren 1979, 53; Tilastokeskus 2010d.)

Muihin muutoksiin yhdistyi kokonaishedelmällisyyden lasku. Vaikka avioon mentiin varsinkin 1960-luvulla varhain ja harva jäi naimattomaksi, hedelmälliseen ikään 1960-luvulla tulevien suurten ikäluokkien lastenhankinta poikkesi aiemmista sukupolvista. Suuria ikäluokkia seurasivat erityisen pienet ikäluokat. (Karisto 2005, 23–24.) Koko-

naishedelmällisyys kääntyi 2,66 lapsen tasolta laskuun vuoden 1963 jälkeen. Yhtäjaksoinen lasku jatkui vuoteen 1973 asti, jolloin saavutettiin historiallisen matala luku: 1,5 lasta naista kohden. (Tilastokeskus 2010c; ks. liitteen 1 kuviot 1 ja 2.)

Toteutuneissa kohorttihedelmällisyyksissä muutos oli pienempi mutta selvästi nähtävissä: 1920-luvun alussa syntyneet naiset saivat keskimäärin hiukan yli 2,5 lasta. Vuonna 1940 syntyneiden kohdalla määrä laski noin kahteen lapseen. Vuosina 1940–1966 syntyneillä kohorteilla luku pysytteli vajaassa kahdessa lapsessa. Vuoden 1955 jälkeen syntyneiden naisten osalta se on noussut lähemmäs kahta. Käyttäytymismuutosten vuoksi periodihedelmällisyysluvut ylittävät ennen 1970-lukua kohorttien toteutuneen hedelmällisyyden, minkä jälkeen ne ovat aliarvioineet sitä. Nopean periodihedelmällisyyden laskun taustalla oli osin lasten hankinnan lykkääminen myöhemmälle iälle. Lisäksi 1960-luvun puolivälistä 1970-luvun alkuun asti vanhempien ikäryhmien naiset aikaistivat lasten hankkimisen lopettamista. Myös lapsettomuus lisääntyi hieman. (Frejka & Calot 2001, 106; Ruokolainen & Notkola 2007, 96–97; Andersson ym. 2009, 321–323.)

Lastenhankinnan lykkäämiseen sisältyi muutos pitkään vallinneessa parisuhteen solmimisen ja hedelmällisyyden yhteydessä: avioliiton tai vakituisen parisuhteen solmimisen ajoituksen yhteys lasten saamisikään väljentyi. On väitetty, että uusi teknologia mahdollisti irtikytkennän. Lasten ajoittuminen koettiin 1970-luvun kuluessa yhä sopivammaksi. Toisaalta lapsilukuihanteiden laskennallinen keskiarvo oli 1970-luvulla kahden ja puolen lapsen tietämällä eli lapsia hankittiin vähemmän kuin mitä pidettiin ihanteellisena. (Riihinen ym. 1979, 39, 41–42; Ruokolainen & Notkola 2007, 99, 106–107.)

Pilleri tuli Suomessa markkinoille vuonna 1962 eli lähes samaan aikaan, kun monet mainituista yhteiskunnallisista ja demografisista muutoksista käynnistyivät (Tommila & Tiitta, 585). Ennen pilleriä Suomessakin oli saatavilla ainakin yksi hormonivalmiste, jonka esitteessä viitattiin valmisteen kykyyn estää ovulaatio terapeuttisista syistä (Medica 1958, 11). Viitteitä sen ehkäisykäytöstä ei ole löytynyt. Varsinaisten ehkäisypillereiden testaaminen alkoi uuteen teknologiaan valppaasti suhtautuneessa Väestöliitossa vuonna 1961 (Rouhunkoski 1957, 129; Väestöliitto 1961, 13). Pillerin alkuvuosia voi luonnehtia sen professionaalisen koettelu vuosiksi. Koettelu tapahtui pääasiassa Väestöliitossa. Käytännössä se tarkoitti kokeita, tiedonhankintaa, keskustelua ja pohdintaa

ehkäisy pillerin tehokkuudesta, hyväksyttävyydestä ja siihen liittyvistä ongelmista, kuten kustannuksista, sivuvaikutuksista ja pitkäaikaisen käytön terveysriskeistä (esim. Rouhunkoski 1962, 475–476; Turpeinen 1963; Väisänen 1964, 79; Järvinen 1965; Pulkkinen & Söderlin 1965; Nieminen 1966, 2075; Turpeinen 1967a). Koettelu ei alkuvaiheessa perustunut legaaliseen säätelyyn, sillä uusien lääkkeiden rekisteröintipakko tuli voimaan vasta vuonna 1964 (Laki apteekkitavaralain muuttamisesta 505/1963).

Yleisön kannalta pillerin varhaiset vuodet Suomessa näyttävät olleen hiljaisia. Lääkärit, joiden harkinnasta ehkäisy pillerin myöntäminen riippui, suhtautuivat siihen aluksi varauksellisesti (Warpenius 1997b, 53–58). Väestöliiton edustajat olivat avioliittoneuvoloiden välityksellä pyrkineet korostamaan lääkärin roolia ehkäisy- ja seksuaaliasioissa, mutta lääkärin asenteet ja käsitykset toimintakentästään muuttuivat melko hitaasti niin Suomessa kuin muuallakin (McLaren 1990, 233–234; Helén 1997, 241–242). Muutosta eivät hidastaneet vain konservatiivisten lääkärin asenteet, vaan myös aihealuetta käsittelevän koulutuksen puute (Palolampi & Leppo 1966, 56–57, 61).

Vuonna 1965 seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä, myös syntyvyyden säännöstelystä, käynnistyi julkisuudessa kiivas keskustelu. Seksuaalikevään airuina toimivat Ylioppilaslehden ja Medisiinarin seksuaalilumerot. Lisäksi lääketieteen Kandidaattiseuran kulttuuritoimikunta järjesti seksuaalikysymyksiä käsittelevän paneelisarjan. Suomessa käynnistyneen debatin taustalla vaikutti länsimaissa laajemminkin käyty seksuaalikeskustelu. (Taipale 1966a, 7–8.)

Radikaalit nostivat keskeisiksi ongelmiksi kirkon, lääkärikunnan ja kouluhallinnon edustajien konservatiiviset näkemykset, Väestöliiton vanhakantaiset toimintatavat, ihmisten tiedonpuutteen seksuaali- ja ehkäisyasioista, ehkäisyvälineiden heikon saatavuuden, aborttiongelman sekä yhteiskunnan seksuaalikielteisen ilmapiirin. Lääkäreitäkin soimattiin passiivisuudesta yhteiskunnallisten ongelmien suhteen. Kritisoiduille tahoille esitettiin runsaasti muutosvaatimuksia. Lääketieteen kandidaatit Eero Palolampi ja Kimmo Leppo luonnostelivat 1970-luvun seksuaalipoliittikkaa muun muassa esittämällä perhesuunnittelun laajamittaisen saatavuuden takaamista. Lääkäreiden katsottiin olevan ehkäisyvalistuksen osalta avainasemassa. Kriitikot asettivat kaiken kaikkiaan varsin

paljon toiveita poliittisen päätöksenteon ja julkisten instituutioiden varaan. (Leppo & Palolampi 1966; Sundström 1966, 69–70; Taipale 1966a.)

Myös naisasialiike alkoi 1960-luvun puolivälin jälkeen elpyä pitkän hiljaiselon jälkeen. Julkisuuteen tuli seksuaalikysymyksen ohella sukupuoliroolikysymys. Yhtenä keskustelua pohjustavana jännitteenä toimi akateemisten naisten pohdinta työssäkäynnin ja perheen yhdistämisen problematiikasta. Naimisissa olevat kaupunkilaisnaiset olivat 1950-luvulta lähtien tehneet yhä useammin ansiotyötä. Kehityssuunta jatkui koko maassa 1960- ja 1970-lukujen aikana. Vuosina 1966–1970 tasa-arvoasioista, joihin syntyvyyden säännöstelykin lukeutui, keskusteltiin Yhdistys 9:n piirissä. Syntyvyyden säännöstelyn edistämisellä ei niinkään tavoiteltu pienempää lapsilukua vaan ennemmin naisen mahdollisuutta toteuttaa seksuaalisuuttaan tyydyttävästi – ja myös ilman avioliittoa. (Jallinoja 1980, 234–235; Jallinoja 1983, 18–19, 124, 158–159, 167–170, 172, 252–253.) Lisäksi naisten mahdollisuus kontrolloida lisääntymistään oli yhteydessä heidän edellytyksiinsä tehdä palkkatyötä (Julkunen 1994, 191).

Kuohunta syntyvyyden säännöstelyn ja laajemmin seksuaalisuuden ympärillä ei välittömästi johtanut valtiollisiin toimenpiteisiin tai radikaaliin asennemuutokseen. Lehdet muun muassa uutisoivat 1960-luvun lopulla naisten kokemuksia siitä, etteivät lääkärit antaneet ehkäisyneuvontaa (Turpeinen 1968b, 65). Toisaalta naimatonkin nainen saattoi aikalaisten mukaan saada pillerireseptin määrättyiltä yksityislääkäreiltä. Yksityisvastaanotolla käynti aiheutti kuitenkin kustannuksia. Lisäksi pääkaupungin ulkopuolella pitkät välimatkat hankaloittivat pillereiden hankintaa. (Alftan 2001; Rämö 2010.)

Ehkäisyneuvonnan saatavuutta koskevan selvityksen perusteella vuonna 1968 enemmistö lääkäreistä kuitenkin antoi sekä naimattomille (kaksi kolmesta) että naimisissa oleville (yhdeksän kymmenestä) neuvontaa aina pyydettyäessä. Noin seitsemän prosenttia ei antanut neuvoja naimattomille lainkaan. Suurehko vastauskato tosin vihjaa, että negatiivisimmin syntyvyyden säännöstelyyn suhtautuneet lääkärit ovat voineet jättää vastaamatta. Lisäksi, vaikka neuvontaa annettiin naimattomille, vastauksissa näkyi edelleen oletus siitä, että ehkäisyneuvonta oli tarkoitettu etupäässä aviovaimoille ja äidiksi tulleille. Oma-aloitteisesti monet vastaajista neuvoivat ehkäisyssä suurperheen äitejä, tiheästi synnyttäneitä, heikkoja, väsyneitä ja vasta synnyttäneitä naisia. Jotkut neuvoivat

myös huonossa sosiaalisessa asemassa olevia ja muilla tavoin marginalisoituja naisryhmiä. Sopivimmaksi ehkäisyneuvonnan paikaksi nähtiin äitiysneuvola ja synnytyksen jälkeinen jälkitarkastus, mutta lähes yhtä suosittu vaihtoehto oli kunnallinen vastaanotto. Ensisijaisesti suositeltu menetelmä oli ehkäisy pilleri. (Turpeinen 1968b.)

Tasa-arvon puolestapuhujien ja seksuaaliradikaalien 1960-luvulla käynnistämä keskustelu alkoi kantaa hedelmää 1970-luvulla. Individualistisen ajattelun korostuessa syntyvyyden säännöstelyn yhteys väestötasoon hämärtyi, mikä näkyi seksuaalipolitiikan painottamisessa omana osa-alueenaan, irrallaan väestö- ja perhepolitiikastakin. Syntyvyyden säännöstelyä tarkasteltiin yksilön valintana ja seksuaalisuuteen liittyvänä oikeutena. Myös vetoaminen jokaisen lapsen oikeuteen syntyä toivottuna hyviin olosuhteisiin ilmaantui syntyvyyden säännöstelyä perustelevalle argumentiksi. Yksilön oikeanlaiseen, nautinnon ja onnellisuuden mahdollistavaan seksuaaliseen vapauteen kasvattaminen tuli laajenevan hyvinvointivaltion vastuulle. Järjestöjen ja yhdistysten seksuaalivalistustoiminta siirtyi muutoksen edetessä valtiolle ja kunnille. (Komiteanmietintö 1970a, 104; Jallinoja 1983, 158, 172, 252; Helén & Yesilova 2003, 245–251; Ritamies 2006, 255.)

Lääkärit tempautuivat mukaan muutoksiin. Warpenius (1997b) on kuvannut sitä, kuinka suomalaiset lääkärit omaksuivat juuri ennen 1970-luvun alkua uudenlaisen konsultin roolin suhteessa ehkäisy pilleriin. Asennemuutos oli nopea. Vaaroilta vartioimisen sijaan naispotilaille alettiin tarjota riskilaskelmia, jolloin päätös valmisteiden käytöstä jäi naisen itsensä tehtäväksi. Tämä mahdollisti pillereiden käytön, vaikka niiden terveysriskit kävivät yhä ilmeisemmiksi. Riskilaskelmien avulla lääkäreiden onnistui ylläpitää ammatillista identiteettiään. Asennoitumismuutosta todennäköisesti edesauttoivat lääkärin roolia ehkäisyneuvonnassa korostavat näkemykset ja hyvinvointivaltion kontekstissa tapahtuva terveydenhuoltojärjestelmän rakentaminen. Näihin kehityskulkuihin kietoutui lääkärin sukupolvenvaihdos ja vähittäinen naisistuminen. (Komiteanmietintö 1970a, 105; Suomen Lääkäriliitto 1972, 1428; Riska 1987, 113; Nätkin 1994, 150–151.)

Lääkäreiden asenteet olivat myös yhteydessä lainsäädännölliseen uudistukseen: vuonna 1970 säädettiin uusi liberaalimpi aborttilaki (239/1970), jonka mukaan sosiaaliset syyt hyväksyttiin abortin perusteeksi. Lakimuutoksen seurauksena lääkäreiden tekemien raskauden keskeytysten määrä nousi rajusti: vuonna 1970 niitä tehtiin lähes 15 000. Tois-

taiseksi eniten lääketieteellisiä abortteja suoritettiin Suomessa vuonna 1973, jolloin määrä kohosi yli 23 000:n. (Stakes 2004.) Aborttien määrä oli tuolloin vuotuisen syntyvyyteen nähden suuri: vuonna 1973 syntyi vajaat 57 000 lasta (Tilastokeskus 2010a).

Aborttilukujen nousu loi yhteisymmärrystä viranomaisten, lääkäreiden ja radikaalien välille: ehkäisy oli sentään aina aborttia parempi. Samankaltainen ajattelu oli vallinnut Väestöliiton piirissä jo ensimmäisen aborttilain aikana. Aborttien nopea yleistyminen oli tulkittava ehkäisyvalistuksen epäonnistumiseksi. Ehkäisyn ja sitä koskevan tiedon saatavuuden varmisti erillisen ehkäisyä koskevan lain sijaan vuoden 1972 kansanterveyslaki, jolla pyrittiin uudistamaan hajanaista ja kehittymätöntä perusterveydenhuoltoa. Laissa määriteltiin kunnille velvollisuus tarjota kaikille kuntalaisille – muun muassa siviilisäädystä riippumatta – ehkäisyvalistusta terveyskeskuksissa. Ehkäisyneuvontaa haluttiin tarjota myös esimerkiksi koululaisille. Monista muista maista poiketen tehtävä osoitettiin Suomessa yleislääkäreille. Lääkärit saivat terveydenhoitajat tuekseen ehkäisyneuvontatyöhön ja ehkäisyvälineiden jakeluun. (Nyman 1971; Kansanterveyslaki 66/1972; Lääkintöhallitus 1972b; Rintala 1995, 58–59; Kosunen & Rimpelä 1997, 1199; Warpenius 1997b, 64–66; Helén & Yesilova 2003, 246–247.)

Ehkäisyteknologian kehittyminen, ehkäisyvälineiden hyväksynnän yleistyminen, niitä koskevan tiedon leviäminen ja välineiden saatavuuden vähittäinen parantuminen epäilemättä vaikuttivat siihen, millaisin keinoin syntyvyyttä säännösteltiin. Kysymys pillerien ja muiden ehkäisykeinojen yleistymisen, vanhojen menetelmien hylkäämisen sekä abortin laillistamisen suhteesta hedelmällisyyteen on kiinnostava. Tietoa tapahtuneista muutoksista on kuitenkin ennen 1970-lukua saatavilla varsin vähän, joten uusien ehkäisykäytäntöjen omaksumisen ja sen aiheuttamien seurausten perusteellinen arviointi Murphyn (1993) tapaan on vaikeaa. Keskitynkin tässä työssä rajaukseni mukaisesti pillerien yleistymiseen ja sen teknologiseen kehitykseen Suomessa.

Ehkäisy pillerimerkkejä tuli vuosina 1962–1973 markkinoille nopeassa tahdissa. Ensimmäiset pillerit olivat tyypiltään yhdistelmäehkäisyvalmisteita. Sekventiaalipillerit ilmestyivät Remedica Fennica -lääkeluetteloon vuonna 1967 ja pelkkää progestiinia sisältävät pillerit 1973. Myönnettyjen myyntilupien sekä mainosten perusteella progestiinipillerit tosin olivat markkinoilla jo vuonna 1972. (Lääkintöhallitus 1972a, 2242;

liitteen 2 kuviot 1–3.) Progestiinipillereistä tuli nopeasti varsin suosittuja (Lääkintöhallitus 1977). Toisaalta valmisteita myös karsittiin markkinoilta. Sivuvaikutusuutisten leviessä lääkintöhallitus suositteli pillereiden hormonipitoisuuksien pienentämistä. Yritykset korvasivat korkeahormonisia valmisteita matalahormonisemmilla, korkeintaan 50 mikrogrammaa estrogeeniä sisältävillä valmisteilla. (Hirvonen 1972, 251; Willamo 1972.) Sekventiaalivalmisteiden kohdalla lääkintöhallitus (1969, 508) kiinnitti huomiota niiden yhdistelmäpillereitä heikompaan raskaudenehkäisytehoon. Lääketehtaita vaadittiin ilmoittamaan asia tiedotusmateriaalissaan. Silti sekventiaalivalmisteet pysyivät markkinoilla ainakin 1980-luvun loppupuolelle asti, jolloin niiden käyttöä alettiin kehottaa välttämään mahdollisesti kohonneen syöpärisikin vuoksi (Robertson 1990, 131; Lähtenmäki 1987, 525–526, 528). Sekventiaalipillereitä ei ollut saatavilla enää 1990-luvun jälkipuolella (Kivijärvi 1997, 1170).

Markkinoilla olleiden pillerimerkkien määrän kasvu antaa epäsuoraa tietoa ehkäisy pillerimarkkinoiden kasvusta 1960- ja 1970-luvulla (liitteen 2 kuvio 1). Näyttää siltä, että vaikka pilleri ja kierukka tulivat käyttöön jokseenkin samaan aikaan, niiden leviäminen laajamittaiseen käyttöön tapahtui eri aikaan. Pilleri yleistyi 1960-luvun aikana ja mahdollisesti vielä aivan 1970-luvun alussa, kierukka vasta 1970-luvun kuluessa. Osa pillerien käyttäjistä saattoi 1970-luvulla vaihtaa ehkäisy menetelmäkseen kierukan, sillä pillerien käyttäjien osuus kääntyi laskuun kierukan yleistyessä vuosien 1971–1977 välillä. (Brunila 1966; Sievers ym. 1974, 409, 416–418; Riihinen ym. 1979, 35; liitteen 1 kuva 1.) Kierukan suosion lisääntyminen on voinut liittyä uudenlaisen kierukkateknologian käyttöönottoon: kuparikierukan katsottiin yli kahden vuoden kokeiden jälkeen olevan valmis markkinoille vuonna 1973 (Suomen Lääkärilehti 1973, 414). Hormonikierukat tulivat saataville vuonna 1976 (Luukkainen & Nilsson 1987, 572).

Pillereiden myyntiluvut tarjoaisivat – varsinkin survey-tutkimusten uupuessa – hyvän keinon pillerinkäytön yleistymisen yksityiskohtaiseen tarkasteluun. Myyntilukujen etsintä eri tahoilta tuotti kuitenkin vain osittaista tulosta, sillä lääkemyynnin julkinen tilastointi on ollut 1960-luvulla ja 1970-luvun alussa hajanaista (Hemminki 1974, 18–19). Lääkintöhallituksen (1977) arkistomateriaalin joukossa oli taulukko myytyjen pilleripakkausten määristä vuosien 1972–1976 aikana. Aiempia lukuja ei löytynyt, mutta

erään arvion mukaan vuonna 1966 myytiin 500 kuukauden pilleripakkausta vuodessa tuhatta hedelmällisyysikäistä naista kohden (Turpeinen 1968a, 79). Löysin lisäksi tietoja yhden pillerimerkin myynnistä mutta vain kahdelta vuodelta (Punnonen 2004, 218).

Joudun pillerin varhaisten vuosien osalta turvautumaan käyttäjämääriä koskeviin arvioihin. Varhaisin arvio ehkäisypillerin käyttäjämääristä koskee 1960-luvun puoliväliä, jolloin käyttäjiä arvioitiin olevan 70 000 (Auvinen 1991, 226). Vuonna 1966 määräksi arvioitiin 80 000 (Brunila 1966, 1307). Väestöliiton lääkäri Kaisa Turpeisen (1967b, 12) mukaan samana vuonna 15–45-vuotiaista naisista pilleriä käytti 6,9 prosenttia. Vuonna 1968 käyttäjien lukumäärän arvioitiin olevan noin 90 000 eli likimain 7,7 prosenttia 16–49-vuotiaista naisista (Nyman 1971, 9). Seuraavalle vuodelle esitetty arvio oli huomattavasti suurempi, 140 000 naista (Hirvonen 1972, 250). Nousu näyttää epäilyttävän suurlta, mutta toisaalta juuri samana vuonna lääkäreiden suhtautuminen ehkäisypilleriä kohtaan muuttui aiempaa myönteisemmäksi (Warpenius 1997b). Vuonna 1971 käyttäjiä arvioitiin olevan vähemmän, noin 130 000 (Hirvonen 1972, 250). Esitetyt arviot ovat karkeita, mutta täydennän niillä ja lääkintöhallituksen myyntiluvuilla Leridonin (2006, 606) liitteen 1 kuviota 1 Suomen kokonaishedelmällisyyden kehityksestä ja ehkäisypillereiden käyttäjäosuuksien kehityksestä. Laitimani kuvio 2 on sijoitettu liitteeseen 1.

Ensimmäinen laaja kyselytutkimus suomalaisten sukupuolielämästä toteutettiin vuonna 1971 (Sievers ym. 1974). Tutkimuksen mukaan 18–44-vuotiaista naisista 17 prosenttia oli edeltävän kuukauden aikana käyttänyt ehkäisymenetelmänä pillereitä. Tosin 30-vuotiaat ja sitä vanhemmat naimattomat naiset eivät sisälly osuuteen. Käyttäjien määrän kontekstualisoimiseksi on syytä huomata, että kondomi oli selvästi suosituampi ehkäisyväline. Naisista neljäsosa ilmoitti, että ehkäisykeinona oli käytetty kondomia. Kolmanneksi yleisin keino, keskeytetty yhdyntä, ei jäänyt kovin kauas pillereistä: sitä oli käyttänyt 12 prosenttia vastaajista. Toisaalta vailla mitään ehkäisykeinoja oli ollut vain pari prosenttia niistä, jotka saattoivat tulla raskaiksi mutta eivät halunneet sitä. (Emt., 417.) Väestötilastojen perusteella laskettuna pillereiden käyttäjien määrän voidaan laskea olleen noin 153 000 naista, mutta alle 18-vuotiaiden ja 30 vuotta täyttäneiden naimattomien naisten poisjättämisen takia lukumäärä on ollut jonkin verran suurempi – ja siten isompi kuin edellä mainittu arvio vuoden 1971 käyttäjämäärästä (Tilastokeskus 1973,

44; Tilastokeskus 1975, 36; Tilastokeskus 2010d). Kumpikaan luku ei ole tarkka, mutta käänne käytön yleistymisessä kuitenkin tapahtui näiden vuosien tietämillä. Myyntilukujen perusteella pillereiden käyttö väheni 1972–1973 ja oli pienimmillään vuonna 1974. Luvut eivät kuitenkaan kata vuosia 1970–1971, joten on vaikea sanoa, minä vuonna käänne tarkalleen tapahtui. Pillereiden myynti kääntyi nousuun vuonna 1975, mutta vuonna 1977 tehdyssä tutkimuksessa määrä oli edelleen huippuvuosia matalammalla tasolla: naimisissa olevista 18–44-vuotiaista naisista pillereitä kertoi käyttävänsä reilut kymmenen prosenttia. (Lääkintöhallitus 1977; Riihinen 1979, 35; ks. liite 1 kuva 1 ja 2.)

Haastattelututkimuksen perusteella käyttäjien painopiste oli 1970-luvun alussa avioitu-neissa, nuorehkoissa naisissa. Kaikista naimisissa olevista naisista noin viidennes käytti pillereitä, 18–29-vuotiaista naimattomista naisista 14 prosenttia. Naimisissa olevista 18–29-vuotiaista käyttäjien osuus oli 27 prosenttia. Osin kyse on tietysti siitä, että naimisissa olevien riski tulla raskaaksi ja siten tarve ehkäisylle on, varsinkin avoliiton ollessa harvinainen, keskimäärin suurempi kuin naimattomien. (Sievers ym., 124, 417; ks. myös Nyman 1971, 10.)

Ehkäisypillereiden yleistyminen näyttää noudatelleen innovaation diffuusion peruslinjoja. Vuotta 1968 koskevan tutkimuksen perusteella pillereitä myytiin enemmän Helsingissä ja Etelä-Suomessa sekä kahdessa ylemmässä sosiaaliryhmässä kuin Pohjois- ja Itä-Suomessa tai alimmassa sosiaaliryhmässä (Nyman 1971, 9–11). Tiedot 1970-luvun alusta osoittavat, että ehkäisypillereitä käyttivät useimmin nuoret naiset, jotka asuivat Uudenmaan läänissä. Toisaalta tulojen, yhteiskuntaluokan tai koulutusvuosien kohdalla erot ovat innovaatioteorian väitteiden kanssa ristiriitaisia tai eroja ei ole. Mutta jos tarkastellaan naisten elämänsä aikana käyttämiä menetelmiä, paremmin koulutetut ja ylempiin sosiaaliryhmiin sekä tuloluokkiin lukeutuvat eteläsuomalaiset kaupunkilaiset olivat käyttäneet pillereitä muita useammin. Erot ryhmien välillä pienentyivät ajan myötä. Innovaatio näyttää levinneen ensiksi innovaattorien ja varhaisten omaksujien ryhmiin, minkä vuoksi tietyn ajan kuluessa suuri joukko edelläkävijänaisista on ehtinyt hankkia kokemusta pillereistä. Edelläkävijät ovat voineet vaihtaa muuttuneiden tarpeiden tai terveyshuolten vuoksi kierukkaan. (Sievers ym. 1974, 416–418, 451–452; Rogers 2003, 282–283; ks. Yhdysvalloista Westoff & Ryder 1977, 21.)

Käyttäjiä huolestuttavia kirjoituksia sivuvaikutuksista ilmestyi jonkin verran 1960- ja 1970-luvun taitteessa, mikä on voinut myötävaikuttaa kierukan yleistymiseen. Terveys-huolet eivät silti johtaneet pillerin täydelliseen hylkäämiseen, vaan esimerkiksi käyttäjä-ryhmien rajaamisen kaltaisiin toimenpiteisiin. (Sievers ym. 1974, 436 vrt. Ritamies 2006, 267–268.) Warpenius (1997b, 77–86) luettelee riskiryhmien karsimisen lisäksi muina ehkäisypillerin vaarojen kesytyksen keinoina vaaran naturalisoimisen – lievät sivuvaikutukset muistuttivat raskauden oireita tai saattoivat olla kuvittelun tulosta – uhrin syyllistämisen, epävarmuuden taltuttamisen riskeiksi ja riskien vertailun. Lääkäri-asiantuntijat katsoivat tehokkaiden välineiden vaativan väistämättä hintansa terveysriskeinä. Maallikkokritiikkiä ehkäisypilleriä kohtaan alettiin esittää naisasialiikkeen uuden feministisen aallon myötä vuodesta 1973 lähtien (Jallinoja 1983, 19, 227).

Kysymys siitä, mitkä tekijät missäkin määrin vaikuttivat siihen, että lääkärit päättivät omaksua pillerin, jää avoimeksi. Oliko kyse vain uuden lainsäädännön omaksumisesta? Osa lääkäreistä näyttää jo ennen kansanterveyslakia suhtautuneen ehkäisyn harjoittamiseen hyväksyvästi. Entä miksi juuri pilleristä tuli äkkiä suositeltu ehkäisymenetelmä, vaikka siinä nähtiin puutteita? Edeltävän tarkastelun perusteella lääketehaiden rooli pillerin leviämisen edistäjinä on huonosti tunnettu. Lääketehaiden markkinointi ei selitä muutosta kokonaan mutta voi olla siihen myötävaikuttanut tekijä. Ehkäisypillerimarkkinat ovat pillerimerkkien määrästä päätellen olleet lääkeyritysten näkökulmasta kiinnostavat. Lisäksi ne ovat olleet kohtalaisen kokoiset. Käyttäjämääräarvioiden perusteella markkinat kasvoivat vuosien 1965–1971 välillä kaksinkertaisiksi (liitteen 1 kuva 2).

6 Mainosaineisto ja aineistolähtöiset menetelmät

Mediat televisiosta alkaen ovat 1960-luvulla ja 1970-luvun alussa välittäneet maallikoille tietoa ehkäisypilleristä (esim. Saarinen ym. 1968; Warpenius 1997b, ix–xi). Lääkäreiden ulottuvilla on ollut tavanomaisten tiedonvälityskanavien ohella ammatillisia tietolähteitä, kuten koti- ja ulkomaisia lääkrilehtiä sekä esitelmätilaisuuksia. Lisäksi lääkärit ovat todennäköisesti käytön yleistyttyä kyselleet kollegoiltaan valmisteista kertyneistä kokemuksista. Silti tarjolla ollutta tietoa ei pillerin leviämisen alkuvaiheessa aina koettu riittäväksi (Maaseutukollega 1966, 476). Lääkeyritykset pyrkivät osaltaan vastaamaan lääkäreiden tiedontarpeisiin jakamalla informaatiota uusista lääkevalmisteista.

Huolimatta siitä, että lääkeyritykset mielsivät uusien lääkkeiden esittelyn tiedottamiseksi, toimintaan kietoutui myös mainonnan elementtejä. (Laitinen 1977, 15–16, 125.)

Ehkäisypillerinkin käyttöön leviämistä on 1960- ja 1970-luvulla pyritty edistämään monin eri tavoin. Lehti- ja suoramainonnan ohella lääketehaat ovat kertoneet pilleristä järjestämissään koulutustilaisuuksissa, joista tiedotettiin ainakin Suomen Lääkärilehdessä. On luultavaa, että 1960-luvulla yleistyneet lääke-esittelijätkin kertoivat lääkäreille ehkäisypillereistä (Komiteanmietintö 1970b, 168). Konkreettisesti lääkärit ovat voineet perehtyä valmisteeseen tilaamalla ilmaisia näytteitä. Näytteitä jaettiin myös lääketieteen opiskelijoiden käyttöön (Rämö 2010). Lisäksi muutamat lääketehaat lahjoittivat pillereitä Suomessa toteutettuihin klinisiin kokeisiin (Turpeinen 1963, 86; Turpeinen 1967a, 69). Lääketehaiden 40–50 vuoden takaisesta markkinointimateriaalista osa on edelleen tavoitettavissa, sillä painotuotteita on runsaasti tallella Kansalliskirjaston pienpainatekokoelmassa. Lähes kaikki Suomessa painetut pienpainatteen on 1700-luvulta lähtien luovutettu vapaakappalesäädöksen perusteella tähän kokoelmaan (Suhonen 1999, 12–13).

Kävin kokoelmasta läpi terveydenhoidon alaan lukeutuvaa farmasian mainosmateriaalia, joka sisältää mainosten ohella käyttöohjeselosteita sekä hinnastoja ja tuoteluetteloita (Kansalliskirjasto 2006a; Kansalliskirjasto 2006b). Selvitin 1960- ja 1970-luvulla ehkäisypillereitä valmistaneiden tehtaiden nimiä Remedia Fennica -lääkeluetteloista, joihin kerättiin vuodesta 1962 lähtien tiettyä vuonna kotimaisten lääketehaiden valmistusohjelmissä olevat tai jatkuvasti maahantuodut ihmisten lääkevalmisteet indikaatioineen (Heinonen 1962, 3–4). Sain kokoon runsaasti ehkäisypillereitä käsittelevää materiaalia. Löytämäni kaltaisia mainoksia on todennäköisesti etupäässä lähetetty lääkäreille postitse. On myös mahdollista, että materiaalia jaettiin esimerkiksi lääke-esittelyissä. Kysymyksenasettelun tarkentuessa päätin keskittyä materiaaliin vuosilta 1962–1973. Lääkäreille tarkoitettujen mainosten lisäksi löysin noin 35 potilaille suunnattua tuoteselostetta ja syntyvyyden säännöstelyä koskevaa kirjasta, mutta erottelen ne sisältönsä puolesta lääkäreiden materiaalista enkä käsittele niitä työssäni.

Keräämäni mainosmateriaali on hyvin monipuolista. Löysin mainoskortteja ja -kirjeitä, ehkäisypillerin valinnassa avustavan oppaan, lyhyitä esitteitä, laajoja valmisteiden käyt-

tööppaita, tiedotteita sekä tiedotelehtiä. Lisäksi törmäsin muutamiin kuriositeetteihin – kuten valmiiksi painettuun ehkäisy pillerireseptin kirjoitus pohjaan. Jaoin painotuotteet ryhmiin esitteet (104 kpl), kirjeet (29 kpl), oppaat (16 kpl) sekä tiedotelehtiset ja -lehdet (9 kpl), joista viimeksi mainitut sisälsivät informaatiota eri lääkevalmisteita koskevista tutkimuksista. En ottanut lukuihin mukaan mainosten ruotsinkielisiä versioita enkä samaan painoerään kuuluvia identtisiä mainoksia. Myös tuoteluettelot, hinnastot ja harvinaisemmat erikoisuudet jätin pois. Materiaalia kertyi noin 850 sivua.

Vaikka mainoksia on paljon, eivät kaikki tarkastelu aikana ilmestyneet mainokset ole mukana. Havaittiin, että painatteiden arkistointiin liittyy halutun aineiston löytämistä vaikeuttavia luokitteluongelmia. On lisäksi epäselvää, kuinka suuri osa kaikesta aikaan painetusta materiaalista on lopulta päätynyt kokoelmaan. Jotkin mainokset läpikäymässäni aineistossa ovat ilmeisesti lahjoituksena saatuja, mikä vahvistaa käsitystä siitä, että kokoelman ulkopuolelle on jäänyt materiaalia. Osa mainosmateriaalista on lisäksi painettu ulkomailla. Tällaisen materiaalin löytyminen pienpainatekokoelmasta on sattumanvaraista.

Puuttuvien mainosten lisäksi ongelmaksi muodostui se, ettei kaikissa painatteissa ollut ilmoitettu painovuotta. Vailla selvää aikatietoa oli 158 mainoksesta 46 kappaletta. Remedial Fennicoista ja myöhemmin kerätyistä lehtimainoksista oli kuitenkin apua ajoittamisessa. Arvioin niiden perusteella sitä, voinko katsoa ajoittamattomien mainosten perustellusti kuuluvan ajanjaksolle 1962–1973. Tein lisäksi arvion ilmestymisvuodesta. Päätin, että valmistetta on mainostettu enimmäkseen uutena eli sen vuoden tienoilla, jolloin kyseinen merkki on ilmestynyt Remedial Fennicaan, tai samaan aikaan, kun sitä on alettu mainostaa lehdissä. Joskus mainoksistakin löytyi vihjeitä eli valmisteiden esimerkiksi ilmaistiin olevan uusi. Lähes joka kolmannen mainoksen kohdalla ajoitus täytyi arvioida. Kaikkien mainosten jakauma on esitetty vuoden ja valmistetyypin mukaan liitteen 2 kuviossa 2. Ohessa on myös esitetty osuus, joka ilmaisee, paljonko mainoksia on kunakin vuonna ajoitettu arvion perusteella.

Mainosten ajoittumisen tarkastelun myötä tulee esille uusi ongelma. Varhaista ja samalla tutkimusasetelmani kannalta kiinnostavinta materiaalia on vain vähän. Kuten liitteen kuviossa ilmenee, ensimmäinen luotettavasti ajoitettu mainos on valmisteopas vuodelta

1964. Tässä vaiheessa ehkäisy pillereitä oli ehtinyt olla saatavilla jo kaksi vuotta. Arvio ni mukaan vain yksi ajoittamaton esite saattaa olla peräisin vuodelta 1962. Kyse voi olla siitä, että varhaista mainosmateriaalia ei ole juurikaan ollut, se ei ole päätenyt kokoelmaan tai sen löytäminen ei ole arkistointikäytäntöjen vuoksi onnistunut. Lääkäreille suunnatun lehtimainonnan tarkastelu tarjoaa kuitenkin osittaisen ratkaisun tähän pulmaan. Lehtimainokset voi ajoittaa varmasti. Lehtien avulla on lisäksi mahdollista arvioida lääkäreille suunnattua ehkäisyvälinemainontaa yleisemmin kuin vain pillereiden osalta. Lehtimainosten liittäminen samaan aineistoon pienpainatekokoelmasta kerättyjen mainosten kanssa vaatii kuitenkin erityistä huomiota.

Keräsin mainoksia kolmesta suomalaisesta lääkäreille suunnatusta lehdestä. Kävin läpi Suomen Lääkärilehden numerot vuosilta 1961–1973, Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden numerot vuosilta 1962–1972, Avioliitto ja lääkäri -lehdet vuosilta 1961–1966 sekä 1967–1972, jolloin lehti ilmestyi uudella nimellä, Lääkäri ja yhteiskunta. Kahta ensimmäistä lehteä julkaisi Suomen Lääkäriliitto, kun taas Avioliitto ja lääkäri oli Väestöliiton julkaisu. Tämä päti nimenvaihdoksen jälkeenkin. Etsin mainoksia kaikista tarkasteluajana ilmestyneistä numeroista. Niiden lehtien kohdalla, joiden osalta se oli mahdollista, aloitin tarkastelun vuodesta 1961 saadakseni kuvaa muusta ehkäisyvälinemainonnasta. Pillereitäkin olisi voitu mainostaa jo ennen kuin ne tulivat saataville vuonna 1962. Lehtien vuosittaiset ilmestymismäärät ovat liitteen 2 kuvion 4 alahuomautuksessa.

Vuonna 1961 pillerimainoksia ei vielä ollut. Seuraavalta vuodelta niitä löytyi viisi. Ensimmäisen ehkäisy pillerimainoksen löysin Suomen Lääkärilehdestä, joka ilmestyi 20.2.1962 (SL 1962: 6, Leiras-Schering: Anovlar). Kyseessä on todennäköisesti yksi ensimmäisistä pillerimainoksista Suomessa. Seuraavana vuonna mainosten määrä lähti selvään kasvuun. Keräsin mainoksia vuosien 1962–1973 ajalta eri lehdistä yhteensä 320 kappaletta, mikä sivuiksi muunnettuna tarkoittaa noin 370 sivua. Valtaosa eli yli 80 prosenttia mainoksista on peräisin Suomen Lääkärilehden numeroista. Mainosten määrä mainostetun valmistetyypin ja vuoden mukaan on liitteen 2 kuviossa 3.

Kun lehti- ja pienpainatemainokset lasketaan yhteen, materiaalia on yhteensä yli 1200 sivua. Tarkastelen vain osaa. Materiaalin monipuolisuus tekee aineiston kokoamisesta

haastavaa. Tein valikoinnin rinnakkain aineiston analyysin kanssa. Valitsin ensin tarkasteltavaksi osan materiaalista, jonka läpikäynnin pohjalta liitin lisää materiaalia aineistoon. Toistin tätä niin kauan, kunnes materiaalista ei enää vaikuttanut juuri ilmenevän uusia piirteitä eli aineisto alkoi kylläntyä (Eskola & Suoranta 1998, 62–63).

Koska lehtimainokset ovat yhdenmukaisuutensa ja suppeutensa vuoksi helpoimmin tarkasteltavissa, aloitin tekemällä niistä systemaattisen otannan. Asetin mainokset valmiin, valmistajan nimen ja mainoksen ilmestymisvuoden perusteella laskevaan järjestykseen. Tämän jälkeen valitsin ensimmäisestä mainoksesta alkaen mukaan kaikki parittoman järjestysnumeron saaneet mainokset, joita oli yhteensä 160 kappaletta. Pohdin aluksi, tulisiko analyysin kannalta olemaan ongelmallista, että monet mainokset toistuvat täysin tai lähes samanlaisina lehdestä toiseen. Tulin siihen tulokseen, että systemaattinen otos antaa kuvan siitä, millaisena mainonta on aikoinaan välittynyt lääkäreille. Lisäksi otos estää sen, että valitsisin subjektiivisen harkinnan perusteella epätasaisesti vain tietynlaisia mainoksia. Otos muodosti kuitenkin vain aineistoni rungon, josta käsin aloin koostaa läpileikkauksesta mainoksista.

Käytyäni läpi lehtimainosten sisältöä ryhdyin valikoimaan pienpainatekokoelmasta lisää aineistoa. Rajasin materiaalia kuitenkin jo ennen valikoinnin aloittamista siten, että otin mukaan vain kirjeiden, esitteiden ja oppaiden kaltaiset mainokset. Katsoin yhtenäisempien mainostyyppien helpottavan mainosten sisällön tarkastelua, sillä esimerkiksi tieteellisiä julkaisuja referoivat tiedotelehdet poikkesivat selvästi muusta mainosmateriaalista. Niiden mainonnallisten elementtien tarkastelu olisi vaatinut laajaa perehtymistä alkuperäisiin lähteisiin, mikä olisi tehnyt tästä työstä liian laajan. Pienpainatemateriaalin läpikäynnissä turvauduin omaan harkintaani, sillä yritin etsiä mainoksia, jotka joko horjuttaisivat lehtimainosten perusteella tekemiäni tulkintoja tai syventäisivät niitä. Ensin kävin läpi suppeammat esitteet ja kirjeet, minkä jälkeen siirryin tarkastelemaan valmis-teoppaita. Pyrin aineiston valikoinnissa kuitenkin myös siihen, että mukaan tulisi mainostetun valmistetyypin ja ilmestymisajankohdan suhteen erilaisia mainoksia.

Kun samat asiat alkoivat selkeästi toistua, palasin tarkastelemaan alun otoksen ulkopuolelle jääneitä lehtimainoksia. Poimin niiden joukosta mukaan vielä kaksi mainosta, koska ne sisälsivät sisällöllisiä piirteitä, joita en ollut aiemmin havainnut. Lopullinen ai-

neisto koostuu 162 lehtimainoksesta, 32 pienpainate-esitteestä ja -kortista, viidestä mainoskirjeestä, kuudesta tuoteoppaasta sekä yhdestä ehkäisyvalmisteen valintaoppaasta. Viimeksi mainittu opas on mielenkiintoinen siksi, että se vaikuttaa kaupalliselta eli tiettyihin pillerimerkkeihin sidotulta versiolta Lääkintöhallituksen (1972b) tuottamasta ehkäisytablettien käyttäjähaastattelulomakkeesta. Pienpainate-esitteiden joukossa on yksi tiedotuslehdestä otettu erillinen mainos, joka muistuttaa lehtimainoksia mutta jonka katsomisen kuuluvan muun pienpainatemateriaalin joukkoon. Luokittelen sen esitteeksi.

Sivuja aineistossa on noin 490. Hiukan yli kolmannes määrästä koostuu lehtimainoksista. Korttien, kirjeiden ja esitteiden sekä oppaiden ryhmät muodostavat kumpikin hiukan vajaan kolmanneksen aineiston laajuudesta. Mukana on mainoksia kaikilta tarkasteltavilta vuosilta ja niin koti- kuin ulkomaisiltakin lääketehtailta. Mainoksissa esitellään jokaista markkinoilla ollutta valmistetyyppiä. Mainoksia on 15 valmistajalta niistä 16:sta, joiden nimet löytyivät tarkasteluvuosien Remedia Fennicoista. Eri valmisteita, joista osa oli saman merkin eri annostelumuotoja, oli tarkasteluaikana markkinoilla yhteensä 50. Valitsemisani mainoksissa esitellään 39:ää eri valmistetta.

Työni tutkimuseettisesti keskeiset aspektit ovat liittyneet aineiston hankintaan ja sen käsittelyyn, vaikka aineistoni ei koostukaan yksittäisiltä ihmisiltä kerätystä informaatiosta. Tosin pienpainatekokoelmassa on aineistoa myös yksittäisiltä luovuttajilta. Tällaisten lähteiden anonymisointi työssäni ei ole vaikeaa, koska olen kiinnostunut vain itse materiaalista. Tärkeimmät kysymykset ovat koskeneet hyödyntämieni kokoelmien eli Kansalliskirjaston pienpainate- ja Fennica-kokoelman sekä Väestöliiton kirjaston säilyttämän materiaalin tallennuksen, tutkimuskäytön ja uudelleenjulkaisun luvallisuuden varmistamista. Aineiston kerääminen on onnistunut ongelmattomasti, kun olen kuvaillut opinnäytetyöni aiheen ja perustellut aineiston tarpeen. Mainosten käytön ja julkaisemisen luvallisuus on kuitenkin vaatinut erillistä selvittelyä. Kaikki mainokset eivät täytä teoksen kriteeriä ja siten saa tekijänoikeuslain suojaa (Tekijänoikeusneuvoston lausunto 1995). Vaikka mainokset määriteltäisiin lain suojaamiksi, sekä niiden käyttöä aineistona että esimerkkien liittämistä tähän työhön voidaan lain nojalla perustella – kunhan mainoksiin viitataan sitaattioikeuden mukaisesti (Tekijänoikeuslaki 404/1961; Kontkanen 2006 118–119, 203).

Mitä tulee yleisempiin aineistoon ja sen käsittelyyn liittyviin tutkimuseettisiin periaatteisiin, on keräämäni materiaali nähtävillä aiemmin mainitsemissani kokoelmissa (ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002). Aineistolähteiden erittelyn lisäksi pyrin yhtä lailla kuvaamaan eksplisiittisesti aineiston keruuta, käsittelyä ja tehtyjä tulkintoja kuin myös tuomaan esiin näihin työvaiheisiin liittyvää subjektiivisuutta ja epävarmuutta silloin, kun se on tarpeen todenmukaisen kuvan antamiseksi työn luotettavuudesta. Tahdon tutkimuseettisten vaatimusten valossa edelleen painottaa sitä, että olen valikoinut aineistoa vahvasti omaan tulkintaani nojaten. Myös aineiston tarkastelu tulee vahvasti perustumaan tulkitsevaan otteeseen.

Aineistoni koostuu tietyn kulttuurin piirissä muotoilluista kulttuurituotteista. Kutsun näkökulmaani niiden sisältöön Risto Heiskalan (2004, 199, 201–205) käsittein maltilliseksi konstruktionismiksi. Hänen mukaansa todellisuutta ja sen ilmiöitä koskevissa käsityksissä ja käsitteissä on kulttuurista ja historiallista liikkumavaraa mutta ei loputtomasti. Niille ei aseta rajojaan pelkästään ympäristön rakenne, vaan myös kulttuuristen merkkien erityislaatuinen luonne ja toiminnan tapa. Myös tietyn merkin ja merkityksen yhteenliittymisen prosessille luonnonympäristö luo rajat, mutta tällaisen artikuloitumisen raja voi kuitenkin löyhentyä teknologian avulla. Juuri tällaista väljentymistä ehkäisyteknologia on Heiskalankin mukaan saanut aikaan.

Maltillinen konstruktionismi sopii hyvin aineiston lähestymistavan yleiskehikoksi. Kehikkoon muodostuu kuitenkin lisäulottuvuus mainosten taustalla olevasta intentionaalisuudesta, pyrkimyksestä myynnin edistämiseen. Mainoksissa lääkevalmistaja – käytännössä mainostoimisto tai -osasto – pyrkii eri strategioiden kommunikoimaan ja neuvottelemaan yleisön kanssa tavaroiden merkityksestä. Mainostajan yritystä olla uskottava ja saada yleisö liittämään myönteisiä tulkintoja tavaroihin voidaan kutsua retoriikaksi. Mainonnan elementit ja suostuttelun tavat ovat mainoksissa sosiologisesti antoisa ulottuvuus, koska ne ilmentävät piirteitä siitä aikakaudesta ja kulttuurista, joiden piirissä ne on tuotettu. Mainonnan vaikutus yleisöönsä on myös kiinnostava mutta monimutkainen kysymys, johon ei näytä olevan yleispätevää vastausta. (Blomstedt 2003, 9–10, 80–83; Leiss ym. 2005, 5, 6–18, 161.) Vaikka sosiologinen näkökulma on työssäni keskeisin, pyrin silti esittämään myös arvioita mainosten suhteesta pillerin diffuusioon.

Aineiston analysoinnissa haasteita aiheuttaa sen monipuolisuus, minkä vuoksi yhdessä, määrättyssä menetelmässä pitäytyminen vaikuttaa jäykältä (ks. Kanula 2007, 47). Esi-merkiksi uusien ehkäisy pillerimainosten tarkastelussa sovelletut sisällönanalyysin ja sisällön erittelyn deduktiiviset muodot vaikuttavat hiukan kaavamaisilta (Hardinge 2005; Medley-Rath & Yasumoto 2007; Tuomi & Sarajärvi 2009, 113). Pertti Alasuutari (1999, 39) esittää laadullisen analyysin koostuvan kahdesta yhteen kietoutuneesta vaiheesta: havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. Sisällönanalyysi ja sisällön erittely kuuluvat ensiksi mainittuun vaiheeseen, mutta aineiston arvoituksen ratkaisemiseksi näitä menetelmiä on tarpeen täydentää tulosten tulkinnalla. Tällöin esimerkiksi merkkien toimintaa ja kulttuurisia erontekoja tarkasteleva semioottinen näkökulma voi olla avuksi. (Alasuutari 1999, 117–118; Leiss ym. 2005, 162–166; Deacon ym. 2007, 138–140.) Laadullisen aineiston analyysissä harvoin rajoitutaan yhden tietyn menetelmän käyttöön, joten olen lähtenyt kehittämään omalle aineistolleni sopivaa analyysitapaa useammista aineksista (Eskola & Suoranta 1998, 161).

Koska minulla on kirjallisuuden pohjalta kuitenkin muutamia vihjeitä siitä, mitä aineisto pitää sisällään, on lähtökohtani aineiston tarkasteluun aineistolähtöisen ja teoriaohjaavan sisällönanalyysin välimuoto (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113, 117). Jos aineistossa esiintyy elementtejä, jotka vastaavat jotakin lukemassani kirjallisuudessa esiintyvää luokitusta, käytän luokittelua soveltuvien osien analyysissä hyväkseni. Lisäksi yhdistän aineiston sisällönanalyysiin sisällön erittelyä. Tämä tarkoittaa sitä, että aineiston sisällöllisten piirteiden sanallisen kuvailun ohella pyrin myös kvantifioimaan mainosten keskeisiä piirteitä. (Emt., 106.) Erittely tuo kattavuutta ja täsmällisyyttä sisällön kuvaamiseen (Leiss ym. 2005, 165–166).

Aineistosta käsitteellisesti abstraktimmalle tasolle siirtyminen tapahtuu grounded theory -lähestymistapaa löyhästi mukaillen, eli tiivistämisen jälkeen pyrin aineistolähtöisten luokkien pohjalta luomaan yläkategorioita, joiden välisiä suhteita tulkitsen (esim. Moring 1998). Etsin tätä kautta reittiä aineiston kuvailusta teoreettisempiin yleistyksiin. Prosessi ei kuitenkaan ole puhtaan aineistolähtöinen, sillä hyödynnän luokittelujeni kanssa yhteensopivia aiempia luokituksia ja vien luokkia abstraktimmalle tasolle sekä oman tulkintani että kirjallisuuden ohjaaman näkemyksen avulla. Lisäksi täydennän

sisällönanalyysia ja sisällön erittelyä semioottisilla ja retorisilla näkökulmilla sekä käsitteillä (ks. esim. Summa 1996; Sulkunen & Törrönen 1997; Warpenius 1997a; Blomstedt 2003; Deacon ym. 2007). Ne tarjoavat hyödyllisiä työkaluja aineistoni abstraktimpien piirteiden jäsentelyyn ja tulkintaan.

Ennen analyysiluvun aloittamista teen vielä yhden historiallisen katsauksen. Katson aineiston tarkastelun vaativan sen syntypuitteiden kuvaamista. Puitteilla viitataan suomalaisen lääkemainonnan säätelyyn sekä mainostoiminnan mittakaavaan 1960-luvulla ja 1970-luvun alussa. Käsityksen saaminen kokonaiskuvasta on tärkeää, kun halutaan arvioida sitä merkitystä, mikä pillerimainoksilla on voinut lääkäreille olla. Lisäksi mainosten sisällölliset piirteet ovat sidoksissa mainontaan kohdistuneeseen säätelyyn.

7 Lääkemainonta Suomessa 1960-luvulla ja 1970-luvun alussa

Sekä mainosten määrän lisääntymisen että niiden laadun kohentumisen perusteella 1950-, 1960- ja 1970-lukuja on luonnehdittu suomalaisen mainonnan kultakaudeksi (Heinonen & Konttinen 2001, 17). Mainonta sai näinä vuosikymmeninä uusia muotoja. Sisällöllistä muutosta on kuvattu Leissin ym. (2005) käsitteitä hyödyntäen: 1950- ja 1960-luvulla personoidut mainokset yleistyivät selvästi, vaikka vanhat tuoteinformaatio- ja mielikuvaformat säilyttivätkin vahvan asemansa. Elämäntyyliainonta lisääntyi näinä vuosikymmeninä vain hieman. Informatiivisuus, joka tosin 1900-luvulla oli jatkuvasti suomalaisen mainonnan perusvire, painottui 1970-luvulla myös personoiduissa mainoksissa. Mainosten sisältöön heijastuivat yhteiskunnalliset muutokset. Muun muassa sukupuolta alettiin esittää uusilla tavoilla: kotiäidin tilalle astui 1960-luvun lopulla itsenäinen kaupunkilaisnainen ja vastaavasti mies saatettiin kuvata kotitöiden parissa. Mainosten keskeinen perusteema oli vapautuminen. (Heinonen & Konttinen 2001, 186–187, 201–202, 306–309; Kortti 2007.)

Lääkemainonta oli 1950-luvulta alkaen yksi mainosalan voimakkaasti kasvavista osa-alueista. Mainonnan kentällä tapahtuneet yleiset muutokset heijastuivat myös lääkemainonnan alueelle. Se kuitenkin poikkesi muusta mainonnasta muun muassa voimakkaampien säätelypyrkimysten vuoksi. Kuluttajille suunnatusta käsikauppalääkkeiden markkinoinnista keskusteltiin kriittisesti 1960-luvun alkupuolelta lähtien. Sama keskus-

telu jatkui 1970-luvulla erityisesti lääkkeiden televisiomainonnan osalta. Lääkäreiden arveltiin sitä vastoin koulutuksensa perusteella osaavan suhtautua mainontaan asiaankuuluvalla skeptisyydellä. Heidän ammatillisena ohjenuoranaan oli hyväksyä vain ne valmisteet, joiden käyttö olisi tieteellisesti perusteltavissa. Tosin lääkemarkkinoinnin kaksoisrooli tiedonvälityksen ja taloudellisten intressien rajapinnassa oli tämän näkökulman kannalta ongelmallinen: lääkärit saivat pakollisen jatkokoulutuksen puutteessa ammatillista tietoa lääkemainonnasta. (Kosonen 1962, 5; Hemminki 1973, 59; Laitinen 1977, 15–16, 127, 140, 184, 219, 244; Heinonen & Konttinen 2001, 231.)

Lääkäreille suunnatussa mainonnassa pyrittiinkin jonkin verran käyttämään informatiivista esitystapaa, mutta kaiken kaikkiaan mainokset eivät olleet pelkästään asiakeskeisiä ja tieteellisiä. Mainosten näennäinen informatiivisuus saattoi lisäksi toimia erityisenä mainosstrategiana. (Hemminki 1973, 57–58; Laitinen 1977, 166, 175.) Markkinointitoiminnan epäasiallinen sisältö, mittava volyymi ja lääkkeiden hintoihin siirtyvät kustannukset harmittivat joitakin lääkärikunnan jäseniä (esim. Palmén 1966, 1232–1233). Lääketehtaiden markkinointia oli vaikeaa välttää, vaikka lääkärit yrittivät suitsia joitakin mainonnan muotoja: vuonna 1972 noin yhdeksän prosenttia lääkäreistä oli ilmoittanut, ettei halua vastaanottaa mainospostia (Suomen Lääkärilehti 1972, 2097; Laitinen 1977, 123). Lääkärit eivät kuitenkaan katsoneet karsaasti kaikkea lääkemarkkinointia vaan arvostelivat lähinnä sen kulutustavaramainontaa muistuttavia piirteitä (Laitinen 1973, 2094).

Lääkemainontaan kohdistui jonkin verran säätelyä, jota harjoittivat sekä viranomaiset että lääketeollisuus itse. Tosin varsinkin viranomaissäätelyn keinoja pidettiin epämääräisinä ja vanhentuneina. Yleisesti mainontaa säätelevä laki vilpillisen kilpailun ehkäisemisestä päti myös lääkemainontaan, mutta sen merkitys oli vähäinen. Valtiollinen lääkemainonnan säätely liittyi lähinnä apteekkitavara-asetukseen, jonka mukaan harhaanjohtava tai muuten sopimaton mainonta saattoi johtaa lääkkeen myynnin kieltämiseen. Asetuksen myöhemmässä muutoksessa kielto saattoi tulla epäasiallisuudesta tai yleisön tarpeettomaan lääkkeen käyttöön houkuttelusta. Lääketeollisuuden piirissä vuonna 1959 perustetulla Lääkemainonnan valvontakunnalla oli yksityiskohtaisempia suosituksia. Niissä ei tosin eroteltu lääkäreille ja yleisölle suunnattua mainontaa muuten

kuin siten, että ne kielsivät reseptilääkkeiden markkinoinnin muille kuin terveydenhuoltoalan henkilökunnalle. Lääkemainonnan tuli vuonna 1970 tehtyjen uusien suositusten mukaan olla asiallista, informatiivista ja arvokasta, eikä se saanut pelotella tai sisältää ylisanoja. Yleisölle suunnattuja tv-mainoksia koskevat ohjeet olivat tarkempia. Mainonnan säätely painottuikin selvästi yleisömainonnan kontrollointiin, ei niinkään reseptilääkkeiden mainontaan. Lisäksi yksittäisten ilmausten valvonta korostui mainosten välittämän kokonaiskuvan sijasta. (Laki vilpillisen kilpailun ehkäisemisestä 34/1930; apteekkitavara-asetus 139/1936; Laitinen 1977, 218–226, 228, 231–232, 234; Kyttä & Tala 2008, 17.)

Lääkemarkkinoinnin mittakaava on tarkasteluajankohtana ollut huomattava, vaikka sen kaikista muodoista ei olekaan koottu tarkkaa tietoa. Taloudelliselta painoarvoltaan 1960-luvun lopulla Suomessa toimivien lääkeyritysten keskeisin markkinoinnin panostuskohde on ollut lääke-esittelijöiden käyttö, mikä on lääkeyritysten ilmoituksen mukaan vienyt 3,5 prosenttia kokonaismyynnistä. Lehtimainokset ovat vieneet yhden prosentin ja muu – siis esimerkiksi postitse tapahtuva – tiedotustoiminta on vaatinut 2,5 prosenttia myynnistä. (Juurinen & Willamo 1968, 18.) Lääke-esittelijöiden markkinointityöstä on vaikea saada tietoa, joten keskityn painettuun mainontaan. Se ei kuitenkaan ole ollut käytettyjen resurssien perusteella lääkeyritysten tärkein markkinointikanava.

Silti painotuotemainostenkin määrä on ollut hyvin suuri. Vuoden 1967 aikana eräs lääkäri laski saaneensa postitse 1817 mainoskorttia tai kirjettä sekä 152 lääkeyrityksen aikakauslehteä tai kalenteria. Varsinaiset mainokset esittelivät 72 yritystä 382:ä eri valmistetta. Mainostulvan vastalääkkeeksi kirjoittaja esitti toistuvan muistutusmainonnan osoittamista turhaksi mutta ei silti kannattanut mainonnan täysikieltoa. (Turunen 1968, 888.) Viiden vuoden kuluttua tehty uusi laskenta tuotti tulokseksi muiden painatteiden ohessa 1695 mainoslehtistä, joissa mainostettiin 218 lääkevalmistetta. Postimainonnan määrä näyttää vähentyneen. Samalla tulee kuitenkin esille se, mihin markkinointityön painopiste ilmeisesti siirtyi: lääkärit raportoivat 121 lääke-esittelijän vierailusta ja useista esitelmistä. (Karsten & Karsten 1973, 2693–2694.)

Postitse lähetetyn mainonnan ohella myös lehtimainonnan määrä on tutkimusten perusteella ollut varsin suuri, sillä vuosina 1959, 1965 ja 1971 Suomen Lääkärilehden ja

Duodecim-lehden sisällöstä noin kolmannes koostui mainoksista (Hemminki 1973, 52–53). Suurimmillaan mainosten osuus oli Suomen Lääkärilehden vuoden 1965 vuosikerassa, jolloin lähes puolet lehtien sivuista oli mainoksia. Laitinen puolestaan (1977, 140) laski, että vuosina 1960, 1965 ja 1970 Suomen Lääkärilehden numeroiden sivuilla oli joka vuosi yhteensä yli 1000 mainosta. Vuonna 1974 mainosten määrä oli kuitenkin enää alle 700. Laitinen (emt., 142, 188) selittää laskua muuttuneilla valvontakäytännöillä ja lääke-esittelijöiden käytön yleistymisellä.

Laitisen (emt., 143, 282) mukaan mainostetuimmat lääkkeet Suomen Lääkärilehdessä olivat vuosina 1960, 1965, 1970 ja 1974 antibiootit, kemoterapeutit, sydän- ja verenpainelääkkeet, diureetit sekä psyyken- ja unilääkkeet, joiden yhteenlaskettu osuus mainoksista oli noin puolet. Näinä vuosina noin yhdeksän prosenttia mainoksista esitteli hormonivalmisteita, joiden joukkoon ehkäisytablettien mainoksetkin on ilmeisesti laskettu. Aikalaisten mukaan ehkäisytabletteja mainostettiin kuitenkin vuoden 1965 tietämällä runsaasti, minkä katsottiin olevan yhteydessä pillereiden yleistymiseen (Pulkinen & Söderlin 1965, 7). Aloitan empiirisen osion arvioimalla pillerimainonnan määrää koskevaa huomiota.

8 Ehkäisytablettimainonta vuosina 1962–1973

Tarkastelen aluksi ehkäisytablettien lehtimainonnan määrää sekä sitä, miten paljon muita ehkäisyvälineitä on mainostettu. Postimainonnan mittakaavan selvitys ei ole yhtä helppoa kuin lehtimainosten kohdalla, mutta esitän silti pienpaineitekokoelmasta kerätyn materiaalin painomerkintöihin perustuvia arvioita sen määrästä. Mainonnan määrän arvioinnin jälkeen siirryn käsittelemään mainosten yleistä ulkoasua. Lopuksi tarkastelen yksityiskohtaisemmin mainosten sisältöä.

Analysoin lehtimainoksia, mainoskortteja, kirjoituksia, esitteitä ja valmisteoppaita. Lista aineistolähteistä on luvussa 11. Käytän kaikista lähteistä ilmausta mainos. Varsinkin valmisteoppaat ovat hyvin teknisiä, minkä vuoksi niiden kutsuminen mainoksiksi voi vaikuttaa harhaanjohtavalta. Perustelen sanavalintaani sillä, että oppaissakin näkyy taipumus reunustaa tosiasiatietona esitetyt asiat myönteisiä tulkintoja tuottavilla ilmauksilla.

Pyrin luomaan kattavan kuvauksen mainosten keskeisistä sisällöistä ja erittelemään kuvattujen asioiden keskinäisiä yhteyksiä ja merkityksiä. En kuitenkaan voi katsella mainoksia samanlaisesta näkökulmasta kuin niiden kohdeyleisö on niitä 1960- ja 1970-luvulla tarkastellut. Lääkemainokset ovat lääkeyritysten aikalaislääkäreille avaamia ikkunoita todellisuuteen. Tarkasteluasemien poikkeavuus on sekä etu että haitta: voin löytää mainosten kokonaisuudesta jotain, mitä aikalaiset eivät ole huomanneet, mutta vastaavasti jotakin sisällöstä jäänee huomaamatta tai käsittämättä.

Aineiston tarkastelussa oma näkökulmani ei ensisijaisesti painotu siihen, onko todellisuutta kuvattu asianmukaisesti, vaan kyse on siitä, millaisia asioita on haluttu tuoda esille ja miksi. Toisaalta haluan silti huomioda yhteyden mainosten sisällön ja niiden ulkopuolisen todellisuuden välillä. Faktanäkökulmaa ei senkään takia voi täysin sivuuttaa, että halu esittää asiat tietyllä tavalla voi kietoutua esimerkiksi todellisuuden valikoivaan kuvaamiseen. (Ks. Alasuutari 2001, 112–113.) Mainosten sisällön tieteellisen ajan- ja asianmukaisuuden systemaattinen selvitys vaatisi kuitenkin erillisen tarkastelunsa.

8.1 Ehkäisyväline- ja pillerimainosten määrä

Mainonnan määrän tarkastelussa hyödynnän kaikkia keräämiäni mainoksia, en vain analysoitavaan aineistoon kuuluvia. Vuosien 1962–1973 aikana ilmestyneissä Suomen Lääkärilehden, Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden, Avioliitto ja lääkäri -lehden sekä Lääkäri ja yhteiskunta -lehden numeroissa olleiden ehkäisytablettimainosten määrä on esitetty vuoden ja valmistetyypin mukaan liitteen 2 kuviossa 3. Mainosten yhteenlaskettu määrä vaihtelee vuodesta riippuen kuudesta 48:aan. Koska Suomen Lääkärilehdessä olleiden mainosten määrä ylitti tuhat vuosina 1960, 1965 ja 1970, näyttää siltä, että pillerimainokset muodostivat enimmilläänkin pienehkön, alle viiden prosentin jättävän osuuden mainittujen lehtien lääkemainonnasta (Laitinen 1977, 140).

Pillerimainosten määrä kasvoi voimakkaasti vuosina 1962–1965. Kasvu hidastui vuosien 1965–1966 välillä, mutta sekventiaalipillereiden markkinoille tulo nosti mainosmäärän huippuunsa eli lähelle 50:tä mainosta vuonna 1967. Vuoden 1967 jälkeen mainonnan määrä laski neljäksi vuodeksi noin 30 mainoksen tienoille. Vuosina 1972–1973 määrä putosi jälleen matalammalle tasolle siitä huolimatta, että uudentyyppisten proges-

tiinipillereiden mainostus alkoi vuonna 1972. Kuten todettu, lääkkeiden lehtimainonta kääntyi laskuun laajemminkin 1970-luvulla (emt. 140–141).

Pillereiden vuotuiset mainosmäärät laskivat kuitenkin jo ennen 1970-lukua. Kahden tekijän vaikutus asiaan on syytä varmistaa. Ensimmäinen on markkinoilla olevien valmisteiden määrä. Olisi odotettavissa, että valmisteiden ja mainosten määrän välillä valitsee positiivinen korrelaatio. Oletus ei kuitenkaan päde koko tarkastelujaksoon. Markkinoilla olevien valmisteiden määrä kasvoi vuosia 1966 ja 1972 lukuun ottamatta jatkuvasti, mutta mainosten määrä laski (ks. liitteen 2 kuvat 1 ja 3). Asiaa voi selvittää vielä tarkemmin jakamalla kunkin vuoden mainosten määrän markkinoilla olevien valmisteiden määrällä. Toiseksi on syytä varmistaa se, etteivät taustalla ole muutokset lehtien ilmestymiskerroissa. Tämä onnistuu vastaavasti jakamalla mainosten määrä lehtien numeroiden vuotuisella määrällä. Tulokset ovat liitteen 2 kuviossa 4. Tarkastelu ei juuri tarjoa selityksiä volyymin vaihteluille, sillä suhteellisten osuuksien vuosittaiset muutokset seuraavat melko tarkkaan absoluuttisten määrien vaihteluja. Ainoa erityinen huomio kuviosta on se, että yhtä valmistetta kohden lehtimainonta on ollut selvästi aktiivisinta vuosina 1964–1967. Huippu osuu vuodelle 1966.

Selitystä mainosten vähenemiselle eivät tarjoa muutokset ehkäisyvälinemainonnan painopisteessäkään, sillä vaihtoehtoisten välineiden mainostus ei merkittävästi muutu 1960-luvun lopulla (ks. liitteen 2 kuvio 5). Ehkäisyvälineiden lehtimainosten frekvensseistä eri vuosina voi kuitenkin tehdä muita huomioita: ensinnäkin pillerimainonta on merkinnyt lääkäreille suunnatun ehkäisyvälinemainonnan kasvua. Silti ehkäisyvälinemainontaa on harjoitettu myös ennen pillereiden markkinoille tuloa. Mainosten perusteella tietyt välineet on selvästi katsottu lääketieteelliseen kontekstiin sopivammiksi kuin toiset. Spermisidien mainoksia esiintyy kaikissa lehdissä ja kaikkina vuosina lukuun ottamatta vuotta 1972. Pessaari ja kierukkakin saavat hiukan mainostilaa mutta kierukka vasta vuodesta 1972 alkaen. Kondomimainokset ilmestyivät lehtien sivuille 1970-luvulla, mutta niiden määrä on ollut marginaalinen.

Muiden ehkäisyvälineiden mainostus väheni pillerimainonnan myötä. Vuosina 1967–1972 pilleri oli erityisen vahvoilla muihin välineisiin nähden. Tosin vuonna 1973 muita ehkäisyvälineitä alettiin taas mainostaa enemmän. Mainosten uudelleen yleistymisen

liitän huolestuneisuuteen pillerin sivuvaikutuksista, joskin ison osan muutoksesta selittää lääkeyritys Orthon seitsemän kertaa toistunut Orthonett-pillerimainos (SL 1973: 11, Ortho: Orthonett). Mainoksissa tuodaan kuitenkin pillerin ohessa esille muutkin yrityksen ehkäisyvälineet. Ortho pyrki profiloitumaan vaihtoehtojen tarjoajaksi. Juuri vaihtoehtoisista välineistä muistuttaminen saattaa olla yhteydessä sivuvaikutushuoliin.

Vuodesta 1968 lähtien tapahtuneelle pillerimainonnan vähenemiselle nämä havainnot eivät tarjoa selitystä. Kyse on ehkä siitä, että valmistajat ovat sivuvaikutuksia koskevien tutkimustulosten vuoksi alkaneet arvioida uudelleen pillerimainonnan laajamittaisen mainonnan sopivuutta. On myös mahdollista, että pillereitä kehittäneet tehtaat ovat halunneet panostaa mainonnassa johonkin muuhun tuoteryhmään pillereiden käytön alettua yleistyä. Syyn etsiminen jää tässä spekuloinniksi.

Postitse tapahtuneen pillerimainonnan volyymia on lehtimainoksiin verrattuna vaikea arvioida, sillä pienpainatekokoelmasta kerätty materiaali vaikuttaa epätäydelliseltä. Lisäksi osassa mainoksista ei ollut tietoa painovuodesta eikä painoksen suuruudesta. Liitteen 2 kuviossa 2 on kuitenkin esitetty pienpainatekokoelmasta kerättyjen mainosten jakautuminen eri vuosille valmistetyypin mukaan. Mukana ovat myös arvionvaraisesti ajoitetut mainokset. Vuosittaiset mainosmäärät vaihtelevat yhden ja 52:n välillä. Jakauma on epätasainen ja profiililtaan erilainen kuin lehtimainosten määrän jakauma. Vuosien 1970, 1972 ja 1973 suurehkot mainosmäärät ovat yllättäviä siihen nähden, että suorapostimainonta oli ilmeisesti vähenemässä. Kahden jälkimmäisen vuoden osalta selityksenä voi olla se, että uusien progestiinipillereiden mainonnassa postimainonta olisi ollut lehtimainontaa tärkeämpi mainoskanava. Yleinen kehityssuunta ei estä yksittäisiä poikkeuksia. Progestiinipillerin osalta oletusta tukevat myös aikalaishavainnot: vuonna 1972 Organonin Exluton-progestiinipilleristä lähetettiin 24 eri mainosta, mikä tekee siitä yhden eniten mainostetuista lääkkeistä. (Karsten & Karsten 1973, 2694.)

Yksittäisten mainosten painosmäärää voi selvittää painomerkinnöistä. Painomerkinnät ovat kuitenkin epäselviä, ja niitä on vain vähän. Tyypiltään ne ovat tällaisia: ”B 6 U IN2 HA XVIII I Elokuu 1968 X 4.000” (E 1968, Leiras-Schering: Primovlar). Kovin merkittäviä johtopäätöksiä niiden perusteella ei voi tehdä. Ilmoitetut kappalemäärät ovat 3000–5000 mutta joskus suurempiakin – 10 000, 10 500 tai 20 715. Joitakin mainoksia

lähetettiin siten todennäköisesti lääkäreille useampaan kertaan, koska lääkäreitä oli vuonna 1962 noin 3200, 1965 vajaa 3700 ja 1970 hiukan alle 5000 (Suomen Lääkäriliitto 1972, 1428). Määrä tarkoittanee myös sitä, että mainoksia lähetettiin kaikille tavoitettavissa oleville lääkäreille eikä vain gynekologien kaltaisille erikoislääkäreille.

8.2 Pillerimainosten yleinen ulkoasu

Tarkastelen seuraavaksi tarkemmin aineistoon poimimiani mainoksia. Niiden koko ja ulkomuoto vaihtelevat suuresti. Skaala ulottuu mustavalkoisista ja A4-kokoa pienemmistä lapuista monikymmensivuisiin oppaisiin ja liki julistekokoisiin, runsaasti kuvitettuihin moniväriesitteisiin. Laajuudeltaan mainokset vaihtelevat valmisteiden nimen, valmistajan nimen ja mainoslauseen sisältävästä mainospalkista kymmenien sivujen pituisiin oppaisiin. Lehtimainokset ovat pääasiassa yhden tai kahden sivun mittaisia, samoin kortit ja kirjeet. Esitteet ovat hiukan laajempia, keskimäärin alle viisisivuisia. Oppaiden pituus vaihtelee 16 sivusta 32:een. Mainostyyppien keskimääräinen pituus ei tarkasteluaikana muutu yhdensuuntaisesti. Lehtimainokset lyhenevät 1960-luvun jälkipuolella hiukan mutta pitenevät jälleen 1970-luvulla (vrt. Laitinen 1977, 158). Esitteiden, korttien ja kirjeiden pituus ei muutu juuri lainkaan. Oppaat laajenevat 1960-luvun kuluessa, mutta 1970-luvulle tultaessa pituus hieman lyhenee.

Mainokset on kuvitettu piirroksin, valokuvin tai näiden yhdistelmin. Muutamat mainokset muistuttavat pieniä taidejulisteita. Sellaisiksi ne ehkä tarkoitettiinkin. Vain harvoissa mainoksissa ei ole lainkaan kuvitusta. Aineistossani tällaisia mainoksia on 15 kaikista 206:sta. Ei ole yksiselitteistä, miten määritellään yksittäinen kuva, mutta tekemieni rajausten perusteella kuvien määrä yltää 388:aan. Luvun suuruusluokka tuo esiin sen, että kuvia käytettiin melko paljon. Erityisesti lehtimainosten joukossa kuvattomien mainosten osuus on pieni. Kuvat tai niiden puute eivät kuitenkaan välttämättä kerro paljoakaan mainonnan luonteesta eli esimerkiksi epärationaalisiksi miellettyihin tekijöihin vetoamisesta. Valmisteoppaissa on paljon kuvitusta, mutta se koostuu etupäässä tieteellisistä tilastokuvioista ja kemiallisten rakenteiden kaavioista. Vastaavasti en oleta mainosten tekstin määrän suoraan kertovan siitä, kuinka asiapitoista mainontaa on. En laske tekstin tai kuvien määrällisiä suhteita (vrt. Laitinen 1977, 161). Tässä aineistossa laskemiseen

liittyisi niin monia tulkinta- ja luokitteluvaikeuksia, että tietojen hyödyllisyys olisi kyseenalaista.

Mainosten väritys vaihtelee huomattavasti koon tavoin. Mustavalkoisia mainoksia löytyy melkein pelkästään lehdistä, oppaat ja pienpainatemainokset ovat värikkäämpiä. Toisaalta mustavalkoisia mainoksia löytyy ensimmäistä mainostusvuotta lukuun kaikkilta tarkasteltavilta vuosilta. Niitä on kaikkiaan neljännes mainoksista. Mainosten värikkyyttä lisääntyy tarkasteluajan lopulla hieman. Nelivärimainoksia esiintyy kuitenkin myös 1960-luvun alkupuolella. Niiden osuus on kaikkiaan melko pieni, 16 prosenttia. Aineiston loppupuolella, 1970-luvun alkuvuosina, osuus nousee. Vaikka aineiston kuvaukseni ei ole tilastollisesti edustava, Laitinen (1977, 158, 160, 162) kuvaa samansuuntaisesti otosaineistonsa avulla Suomen Lääkärilehden mainosten muuttuneen 1970-luvulle tullessa värikkäämmiksi. Yleisin aineistoni mainosten väritystapa on ollut kolmivärisyys: tavallisimmin mustavalkoisessa mainoksessa on käytetty yhtä tehosteväriä.

8.3 Valikoitujen mainosten sisällön tarkastelu

Lähdin syventymään aineistoon tekemällä portaittain etenevää sisällönanalyysia. Tulostin aineistoa alustavaa lukemista varten, mutta varsinaisen luokittelutyön tein digitaalkuvista. Kävin ensin läpi systemaattisella otannalla valitsemani lehtimainokset. Tarkastelin kuvia ja tekstejä etsien mainoksesta toiseen toistuvia piirteitä. Käytin työssä apuna Microsoft Exceliä. Asetin kutakin havaintoyksikköä eli yhtä mainosta koskevat tiedot sarakkeeseen ja kirjoitin eri riveille tiettyihin asiakokonaisuuksiin liittyviä sitaatteja tai luonnehdintoja sisällöstä kuten sen, mikä mielestäni oli mainoksen pääviesti. Asetin Excelin ja kuvatiedoston ikkunat rinnakkain, jolloin työskentely oli helppoa.

Kirjoitin mainoksista aluksi ylös lähes kaiken tekstin koodaamatta sitä tarkemmin. Lisäksi kuvailin jokaisen kuvan sisältöä. Jaottelin tekstinpätkiä ja kuvia alustavasti eri luokkiin. Tekstin sisältöä kuvaavista luokista muodostui mainosten sisältöä tiivistävä runko. Luokitteluun tuli työn edetessä virikkeitä kirjallisuudesta. Havaitsin, että valtaosaa kuvituksesta saattoi luonnehtia Leissin ym. (2005, 175–198) mainostyyppien kategorisoinnin avulla (ks. Kanula 2007, 48). Lisäksi osa mainosten informatiivisesta sisällöstä oli sovitettavissa Hemmingin (1973, 52) muotoilemaan lääkemainosten teknisen ja

lääkeainetta koskevan sisällön luokitteluun, joka kattaa tuotteen toimintaperiaatteen kuvailun ja indikaation kaltaista informatiivisia elementtejä. Luokitukset eivät tavoittaneet kaikkia aineistossa toistuvia piirteitä, joten osa luokista jäi silti aineistolähtöisiksi.

Lehtimainosten läpikäynnin jälkeen valitsin harkintani perusteella pienpainatemateriaalista erilaisia mainoksia, joita tarkastelin lehtimainosten sisällön luokittelussa rakentuneen kehikon pohjalta. Havaitsin rungon perusjäsentelyn toimivan pienpainatemateriaalin suhteen melko hyvin. Seuraavaksi sovelsin runkoa valmisteoppaisiin, jotka toimivat muusta materiaalista tehtyjen tulkintojen laajentajina. Lopuksi tarkastelin vielä erikseen kahta lehtimainosta. Lista aineistolähteistä on luvussa 11. Viittaa mainokseen ilmoittamalla lehden lyhenteen, jotka ovat AL eli Avioliitto ja lääkäri, LY eli Lääkäri ja yhteiskunta, SLA eli Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti ja SL, Suomen Lääkärilehti. Pienpaineaineiston kohdalla viittaa etukirjaimella mainoksen tyyppiin. Vaihtoehdot ovat opas, esite, kortti tai kirje. Niiden lyhenteet ovat O, E, Ko ja Ki. Lisäksi ilmoitan julkaisuvuoden ja lehden kohdalla myös lehden numeron. Jos kyseessä on oletus, lisään vuosiluvun jälkeen kysymysmerkin. Lopuksi merkitsen valmistajan sekä valmisteen nimen. Koko merkintä voi olla esimerkiksi: ”SL 1967: 20, Orion: Serial 28”.

Suuri osa aineistolähtöisistä luokista muodostui nopeasti, mutta jouduin silti myöhemässä luokittelun vaiheessa muokkaamaan osaa luokista. Arvioin luokituksia laajemmin uudelleen ennen kuin kävin mainokset läpi toisen kerran tarkistaakseni jo tehtyä luokittelua sekä kerätäkseni tietoa piirteistä, jotka alkoivat ensin kerättyä tietoa tarkastellessa vaikuttaa tärkeiltä. Osa sisällöstä oli vaikeaa luokitella. Tekstin koodaamisessa en ollut yhtä eksklusiivinen kuin kuvien, sillä sama tekstikokonaisuus saattoi ilmentää useamman luokan piirteitä. Kuvat pyrin sijoittamaan vain yhteen luokkaan, vaikka olikin välillä vaikeaa arvioida sitä, milloin kaksi kuvaa ovat erillisiä ja milloin osa samaa kokonaisuutta. Lisäksi erityisesti henkilöitä esittävien kuvien luokittelu tiettyyn tyyppiin vaati paljon pohdintaa. Useimmin hankaluuksia aiheutti käyttäjää esittävän mainoskuvan ja laajemmin käyttäjän elämäntyylin kokonaisuutta esittelevän mainoskuvan erottaminen.

Aseteltuani koko aineiston Excelin välilehdelle aloin edetä kahteen suuntaan. Kävin sitaatteja sekä luonnehdintoja läpi ja pelkistin ne muutamiksi avainsanoiksi. Toisaalta siirryin jo alussa muotoutuneista luokista abstraktimpaan suuntaan järjestelemällä niitä

eri yläkategorioiden alle. Excelin avulla oli mahdollista tehdä samalla sisällön erittelyä laskemalla luokkafrekvenssejä. Jaoin mainosten tekstisisällön kahteen pääryhmään eli tekniseen tietoon sekä vetoomuksen tyyppiin. Erotin kolme päävetoomusta: tuotteen edut, valmisteen professionaalinen hyväksyttävyyys sekä hallinnan tarve. Tuotteen etuihin vetoaminen tarkoittaa pääpiirteissään tuotteen teknisten ominaisuuksien kehumista. Professionaalinen hyväksyttävyyys liittyy perusteluihin, jotka on suunnattu lääkärin roolissa mainosta tarkastelevalle henkilölle. Olen luokitellut tällaisiksi keskeisiksi lääkärin professionaaliseen rooliin liittyviksi perusteluiksi valmisteen tieteellisyyden, sille annettun virallisen hyväksynnän sekä muiden lääkäreiden ja käyttäjien tyytyväisyyden. Kolmas vetoomuksen tyyppi on hallinnan tarve, joka kattaa sekä kuukautisten että lisääntymisen kontrollin.

Jaottelin kuvat teknisiin ja mielikuvia luoviin kuviin mukaillen väljästi Leissiä ym. (2005, 175–198) ja Saara Kanulaa (2007, 48). Tekniset kuvat viittaavat työssäni tuotteen kuviin, taulukoihin, kaavioihin, tilastoihin ja lääketieteellisiin kuviin kuten anatomisiin piirroksiin. Ne liittyvät pääasiassa tekniseen ja tuotteen etuja kuvailevaan tekstisisältöön. Olen valinnut mielikuvia luovan kuvituksen toiseksi yläkäsitteeksi, jonka alle lukeutuvat kuvatyypit laajentavat valmisteseen kytkeytyvää merkitysmailmaa tuotteen välittömän teknisen kontekstin ulkopuolelle. Tämä voi tapahtua niin symbolisten elementtien, oletettujen käyttäjien kuvien kuin käyttäjien elämäntyyleä esittelevien kuvien kautta. Kuvituksessa havainnollistetaan kuvallisesti myös luotettavuutta, tieteellisyyttä, käyttäjätyytyväisyyttä ja muita vastaavien tekstissä ilmeneviä asioita esimerkiksi erilaisten rinnastusten kautta.

Teknisen sisällön ja erilaisten vetoamistyyppien erottelu, samoin kuin kuvaluokittelu, saattaa synnyttää mielikuvan siitä, että toiset mainosten komponentit olisivat selkeämmin suhteessa johonkin objektiiviseen ja vetoaisivat lääkäriin rationaalisella tasolla, kun taas mielikuvat puhuttelisivat lääkäriä epärationaalisemmalla tasolla. Molemmat ovat kuitenkin retoriikkaa painottavasta näkökulmasta yhtä lailla esittämisen tyyplejä. On olemassa myös asiapitoista faktatyyliä, jolla voidaan pyrkiä puhuttelemaan yleisöä vetoamalla sen arvostamiin asioihin, tässä tapauksessa lääkäreiden käsityksestään itsestään profession edustajina. (Hemminki 1973, 57–58; Blomstedt 2003, 21–23, 226.)

Esimerkiksi suostuttelun tavasta, joka voitaisiin tulkita rationaaliseksi, toimii pillerimainoksissa käytetty ilmaus ”tutkimuksen tulokset osoittavat” (esim. SL 1973: 7, Leiras-Schering: Neo-Primovlar). Varsinkaan lehtimainoksista ei tosin aina selviä, mikä tutkimus on kyseessä, jolloin faktavetoisuus jää pinnalliseksi (ks. Hemminki 1973, 58). Mainittiin tutkimuksen lähdettä tai ei, yritys vakuuttaa legitiimisti hankitun tosiasiatiedon avulla tulee selvästi esille. Tieteellisyyttä voidaan pyrkiä luomaan myös symbolisella kuvituksella, jossa pilleri yhdistetään tietoa ja tieteellisyyttä ilmentäviin esineisiin. Eräässä Searlen (SL 1963: 26, Searle: Conovid, Conovid-E) mainoksessa iso pilleri on kuvattu laboratoriossa käytettävän laboratoriopullon ääriveriivojen sisällä. Pullo toimii metonymisena kuvana, pilleriin liittyvän laboratoriossa tehdyn työn konkreettisena hahmona (Blomstedt 2003, 97). Se ympäröi pilleriä havainnollistaen sen tieteellistä luonnetta. Rajaa rationaalisen ja epärationaalisen lääkärin puhuttelun tavan välille on siten ainakin sisällönanalyysin ja sisällön erittelyn avulla vaikeaa vetää.

Aineistosta eroteltujen luokkien sisältöä on kvantitatiivisessa muodossa mahdollista kuvata monen eri jaottelun mukaan. Tavanomainen vaihtoehto on ajallisten muutosten tarkastelu, joka voi pilleriteknologian historiaa ajatellen olla kiinnostavaa. Aineisto jakautuu vuosien mukaan kolmeen tasaväliseen luokkaan. Vuodet 1962–1965 kattavat pillerin diffuusion hiljaisen alkuvaiheen, sen yleistyminen osuu vuosille 1966–1969 ja viimeinen jakso 1970–1973 sijoittuu ambivalenssin aikaan, jolloin pilleri oli toisaalta laajasti hyväksytty mutta samalla terveysriskit olivat nousseet yleiseen tietoisuuteen. Toinen perusjaottelu muodostuu erilaisten mainostyyppien sisällön tarkastelusta. Se on tarpeen, koska olen yhdistänyt aineistoon tyyppiltään erilaisia mainoksia. Lisäksi erimaaisten tehtaiden tai yksittäisten tehtaiden mainostus saattaa noudatella yhtenäisiä linjoja. Valitsen tarkastelumahdollisuuksista kuitenkin vain ensiksi mainitut vaihtoehdot. Yksittäisten tehtaiden tarkastelu pilkkoisi aineiston turhan pieniin osiin, ja mainosten kotimaan jäljitys taas muodostuisi työlääksi, sillä kotimaiset tehtaot valmistivat usein lisenssillä ulkomaisten tehtaiden lääkkeitä, myös pillereitä (Komiteanmietintö 1970b, 160). Mainoksen alkuperämaa jää tällöin epäselväksi.

Esitän sisällönanalyysin ja sisällön erittelyn tulokset liitteen 3 taulukoissa 1, 2, 3 ja 4. Taulukoissa luetellaan yksityiskohtaisesti luokat ja niistä muodostamani yläkategoriat.

Taulukot 1 ja 2 esittävät tekstisisällön jakautumisen eri luokkiin vuosina 1962–1965, 1966–1969 ja 1970–1973 sekä mainostyyppin mukaan. Mainostyyppit on jaettu kolmeen ryhmään: lehtimainokset, pienpainatekokoelman esitteet, kirjeet ja kortit sekä oppaat. Taulukoiden luvut ilmaisevat kaikista samaan ryhmään kuuluvista mainoksista niiden mainosten osuuden, joissa luokan nimen ilmaisema piirre esiintyy. Taulukot 3 ja 4 esittävät kuvien jakautumisen eri luokkiin ajan sekä mainostyyppin mukaan. Koska yhdessä mainoksessa on useita kuvia, kuvien osuudet ilmaistaan suhteessa tarkasteluryhmän kaikkiin kuviin. Taulukkomuodon käyttö ei ole yhtä kuin väite siitä, että tulokset olisivat yleistettävissä tiettyyn pillerimainosten perusjoukkoon, vaan ne havainnollistavat tutkittujen mainosten sisältöä ja sen vaihtelua eri tekijöiden mukaan (ks. Alasuutari 2001, 205–212).

8.3.1 Tekninen informaatio

Käyn mainosten sisältöä läpi hyödyntäen liitteessä 3 esitettyjä taulukoita. Mainosten keskiössä on uusi teknologia, josta välitetään lääkäreille informaatiota. Mainoksissa on lähes aina kerrottu valmisteen käyttötarkoitus ja melko usein se, millainen on lääkkeen koostumus, miten sitä käytetään tai millaisissa pakkauksissa sitä on saatavana. Sivuvaiikutuksia ja lisätiedon lähteitä lääkärille on mainittu harvemmin. Kontraindikaatiot, lääkäriltä edellytetyt toimenpiteet valmisteen määräämisen ja käytön yhteydessä, reseptinvaraisuus sekä perusteellisesti kuvattu toimintaperiaate tulevat mainoksissa vielä harvemmin esille. Yksikään mainos ei sisällä kaikkia luokittelurungon teknisiä tietoja. Valmisteen nimeä lukuun ottamatta ei myöskään ole sellaista tietoa, joka löytyisi joka mainoksesta. Edes käyttökohdetta ei mainita aina, vaikka määrittelin luokan laveasti. Pelkkien indikaatioiden sijaan hyväksyin myös epäsuorat ilmaisut kuten ”ehkäisytabletti” tai ”perhesuunnittelu”.

Tekstin lisäksi mainoksissa on paljon valmisteisiin liittyvää havainnollistavaa kuvitusta, jossa esitellään pillereiden ulkonäköä, ominaisuuksia, käyttöä ja toimintatapaa. Tällaisiin asioihin keskittyvien kuvien osuus kaikesta kuvituksesta lisääntyy tarkastelujakson edetessä. Tuotekuvat eli ikoniset pakkauskuvat, annosliuskat ja -rasiat sekä merkitykseltään hyvin konkreettiset kuvat tai piirrookset pillereiden määrästä ja ottoaikataulusta ovat ryhmään kuuluvista kuvista tyypillisimpiä (Deacon ym. 2007, 195–196).

Ajallisesti teksti-informaation määrä näyttää muodostavan U:n muotoisen kaaren: sekä tarkastelun alku- että loppuvaiheen mainoksissa teknisiä tietoja tuodaan esille useammin kuin vuosina 1966–1969. Esimerkiksi sivuvaikutuksista kerrotaan vuosina 1962–65 noin 16 prosentissa mainoksista, seuraavan jakson aikana kymmenessä prosentissa ja 1970–73 peräti 42 prosentissa. Samalla lisätiedon lähteitä mainitaan useammin. Toisaalta käyttötarkoituksia, hintaa ja saatavilla olevia pakkauskokoja koskevat tiedot vähenevät tasaisesti. Kuvien osalta tilastokuvien osuus kasvaa ajan kuluessa, erityisesti 1970-luvulle tultaessa. Tuotekuvien määrä kasvaa ensin hiukan mutta vähenee 1970-luvulla. Lääketieteelliset kuvat vähenevät ensin, mutta ne yleistyvät taas vuosien 1966–69 jälkeen. Muutokset ovat todennäköisesti sidoksissa innovaation elinkaareen: aluksi tuntemattomasta uutuudesta pyritään jakamaan tietoa varsin monipuolisesti, mutta valmisteiden tultua tutummaksi perustiedon määrää aletaan vähentää. Pillerin kohdalla sivuvaikutusongelmat ovat kuitenkin saaneet aikaan tilanteen, jossa ainakin valmisteen tietyistä ominaisuuksista aletaan jakaa runsaasti tietoa vielä alun tutustumisvaiheen jälkeen.

Jos mainosten sisältöä tarkastellaan mainostyyppin perusteella, tulee yllätyksettömästi esille se, että laajemmissa mainoksissa on enemmän teknistä informaatiota. Lehtimainokset sisältävät pääsääntöisesti vähemmän teknistä tietoa kuin muut mainokset. Kuvauksille valmisteen toimintaperiaatteista, valmistetta määräävältä lääkäriltä edellytetyille toimenpiteille ja pillerin sivuvaikutuksille annetaan hyvin vähän huomiota. Tosin noin viidenneksessä lehtimainoksistakin viitataan lisätiedon lähteeseen, joka voi olla esimerkiksi tuoteopas. Lisätiedon lähteiden mainitseminen on vielä yleisempää esitteissä, korteissa ja kirjeissä. Pillerin ominaisuuksia käsitellään perusteellisimmin oppaissa, joissa kaikissa on myös kirjallisuusluettelo lisätietojen hankkimiseksi.

Tarkasteltaessa tekstin sijaan kuvia, käy ilmi, että lehtimainoksissa on lähinnä tuotekuvia. Korteissa, kirjeissä ja esitteissä puolestaan on paljon sekä tilasto- että kaaviokuvia. Se, mistä lehtimainosten sisältö muodostuu, selviää taulukon 4 alemmasta osasta: erilaiset mielikuvia luovat kuvat ovat selvästi yleisempiä kuin muissa mainostyypeissä. Oppaiden kuvitus sitä vastoin on lähes pelkästään teknistä. Yleisin kuvitustyyppi oppaissa ovat lääketieteelliset kuvat.

Pelkän teknisen informaation levitystä voidaan ehkä pitää enemmän tiedotuksena kuin mainontana. Toisaalta pyrkimyksestä asioiden myönteiseen muotoiluun teknisenkin tiedon osalta antaa vihjeitä sivuvaikutusten kuvailu. Varhaisten pillereiden raportoitiin aiheuttavan monia sivuvaikutuksia, mikä herätti epäilyksiä suomalaisissa lääkäreissä (esim. Rouhunkoski 1962, 476). Mainoksissa valmisteiden aiheuttamia ongelmia kuvailaan kuitenkin ennen 1970-lukua melko vähän. Erityisesti lehtimainosten rajoitetussa tilassa niitä tuodaan esille harvakseltaan (ks. Hemminki 1973, 58). Sitä vastoin sivuvaikutusten vähäisyyttä korostetaan useasti. Palaan tähän havaintoon myöhemmin.

Esille tuodun informaation valikoinnin lisäksi myös tarkempi teknisen informaation luokkien sisällön tarkastelu avaa mielenkiintoisia näkökulmia mainontaan. Valmisteeille osoitetut käyttökohteet ovat erityisen kiinnostavia, koska ne voivat antaa vihjeitä medicalisoitumisprosessista. Olen tätä tarkastelua varten erotellut aineistosta erikseen pillerille annetut medikaaliset indikaatiot. Tällöin pillerin käytölle mainittu peruste liittyy sairauteen tai ainakin siihen läheisesti rinnastettuun tilaan.

Erityisen selvästi hoidolliset käyttötarkoitukset korostuvat alkuvuosina. Anovlar-pillerin (E 1962?, Leiras-Schering: Anovlar) esitteessä luetellaan seuraavat käyttökohteet: dysmenorrea eli kivuliaat kuukautiset, endometrioosi, eräs kohdun limakalvon sairaus, eielinperäinen steriliteetti ja ehkäisy terapeuttisin perustein esimerkiksi tuberkuloosin vuoksi. Paradoksaaliselta kuulostava steriliteetin hoito perustui takapotkuksi kutsuttuun ilmiöön. Taustalla oli oletus siitä, että kun lisääntymiselinten toimintojen säätelijäelimet saisivat levätä, niiden toiminta parantuisi hoidon jälkeen. Lisäksi esitteessä annetaan ohjeita vaihdevuosivaivoista kärsivien potilaiden hoitoon. Anovlar 21:ä (O 1964, Leiras-Schering: Anovlar 21) käsittelevässä oppaassa täydennetään listaa ovulaatioon liittyvällä kivulla ja epäsäännöllisten vuotojen hoidolla. Pilleri esitetään alkuvuosien mainoksissa sekä ehkäisyvälineenä että hormonaalisena yleislääkkeenä gynekologisiin ongelmiin. Samoin tehtiin Yhdysvalloissa Enovidin kohdalla (Watkins 1998, 37).

Lääketieteellisen, sairauden hoitoon liittyvien käyttötarkoitusten erottelu muista käyttötarkoituksista ei kuitenkaan ole suoraviivaista. Kaikki terapeuttisina esitetyt indikaatiot kuten ”[k]uukautisia edeltävä jännitys” eivät ole kovin selvärajaisia sairauksia (SL 1965: 26, Searle: Ovulen). Ne vaativat rajanvetotyötä sairaalloisen ja normaalin välillä.

Diffuusia rajaa sairaudeksi ymmärretyn tilan ja lievempien vaivojen välissä venytetään varhaisissa mainoksissa siten, että tuloksena avautuu mahdollisuus ratkoa varsin monenlaisia ongelmia uuden lääkkeen avulla. Näin pilleri voidaan mieltää terapeuttisesti perustelluksi valmisteeksi. Samalla yhä useammat vaivat voidaan ymmärtää lääketieteellisessä kontekstissa hoitoa vaativina. Gynekologisten sairaustilojen painottaminen pillerin käyttökohteina voi liittyä kahteen Rogersin (2003, 229, 240–246) määrittelemään innovaation diffuusiota edistävään tekijään. Ensinnäkin pilleri on ollut uusi hormonilääke jo aiemmin tunnistettuihin vaivoihin (ks. Topo 1997, 16). Pilleri sopi sukupuolihormonilääkinnän perinteeseen (ks. Oudshoorn 1994). Lisäksi sen esittäminen naisten terveyttä edistävänä lääkkeenä on sopinut yhteen naisten terveydenhoidon medikalisoitumiskehityksen ja yleisen terveyden tavoittelun idean kanssa.

Gynekologisina ongelmina esitettyjen tilojen reunamille jää muutamia löyhemmin määriteltyjä ehkäisyyn liittymättömiä käyttökohteita. Yksi keskeisimmistä on kuukautiskierroksen säännöllistämisen tarve. En luokitellut tämänkaltaisia käyttötarkoituksia medikaaliksi, koska erityistä perustetta sille, miksi kuukautiskierron tulisi olla säännöllinen, ei mainoksissa annettu. Palaan tähän aiheeseen vielä tuonnempana.

Ehkäisy ilman lääketieteellisiä perusteita muodostui alkuvaiheen jälkeen pillerin pääkäyttökohteeksi. Muiden käyttökohteiden määrä supistui, kun valmiste ehti olla pidempään markkinoilla. Muun muassa tutkimustulokset veritulppien muodostumisesta ohjasivat käyttökohteiden rajaukseen. Esimerkiksi yli 35-vuotiaat – kattaen siis vaihdevuosi-ikäiset naiset – määrittyivät riskiryhmäksi (Inman & Vessey 1968). Lisäksi teknologisen kehittelyn tuloksena syntyi spesifimmin ehkäisyyn tarkoitettuja pillerityyppejä. Progestiinipillerit ja pääosin sekventiaalipilleritkin indikoidaan mainoksissa pelkästään raskauden ehkäisyyn. Tosin indikaatioiden karsiutumisesta huolimatta yhdistelmäpillereille annetaan edelleen vuonna 1973 ehkäisyyn ohella terapeuttisia käyttötarkoituksia kuten endometrioosi, kuukautishäiriöt, dysmenorrea ja steriliteetti.

8.3.2 Tieteellinen, siedetty ja fysiologinen teknologia

Mainoksissa yritetään erilaisin sanankäntein sekä kuvallisin esityksin saada lääkärit tulkitsemaan lääkkeestä annettua informaatiota suopeasti. Mainosten sisältö kertoo lää-

ketehtaiden käsityksistä lääkäriyleisön ominaisuuksista ja pyrkimyksistä (Sulkunen & Törrönen 1997, 96). Käsittelen seuraavaksi kahta vetoomustyyppiä, joita mainoksissa käytetään. Toinen liittyy valmisteiden etuihin teknologisenä tuotteena, toinen lääkärin professionaaliseen rooliin. Vetoomustavat kytkeytyvät sekä toisiinsa että teknisen informaation esittämiseen. Teknologia esitetään tieteelliseen työhön perustuvana lääkkeenä. Samalla korostetaan sen luonnollisuutta. Luonnollisuuteen yhdistyy se, että ehkäisytabletti on laadukas ja hyvin siedetty eli sivuvaikutuksia on vain vähän tai ei lainkaan. Lisäksi korostetaan jonkin verran lääkärin kannalta relevanttien tahojen eli eri instituutioiden, toisten lääkäreiden ja potilaidenkin ilmaisemaa hyväksyntää tablettiä kohtaan. Tabletti halutaan esittää tuotteena, jonka ammatissaan pätevä lääkäri valitsisi.

Strateginen vetoaminen käyttöä perusteleisiin tekijöihin vaikuttaa mainoksissa yritykseltä vähentää tabletin ominaisuuksiin liittyvää tulkinnallista joustavuutta eli haihduttaa lääkäreiden muodostaman relevantin sosiaalisen ryhmän epäilyksiä valmisteiden ominaisuuksista (Bijker 1995, 73–77). Teknologian hyvien ominaisuuksien korostaminen eri näkökulmista sekä tieteellisen lähestymistavan painotus ovat aineistossa keskeisempiä suostuttelun tapoja kuin vetoaminen lääkärille tärkeiden tahojen hyväksyntään tai turvalluminen kulutusmainonnassa tyypilliseen hintakilpailuun. Tosin potilaiden ilmaisema hyväksyntä nousee 1960-luvun jälkipuolella jonkin verran esille. Keskeisintä on kuitenkin rationaalisperäisen ja ominaisuuksiltaan hyvän teknologian esittely.

Muutamissa valmisteoppaissa esitetään pieniä kertomuksia tieteellisen tutkimuksen lineaarisesta edistymisestä kohti tablettiä. Suppeammissakin mainoksissa viitataan siihen, että valmisteiden taustalla on huolellinen tutkimustyö ja esitetyt väitteet perustuvat tutkimuksiin. Tieteellisyys voidaan ilmaista sekä tekstein että kuvin. Mainoksissa, erityisesti oppaissa, sovelletaan tieteellistä esitystapaa merkitsemällä tekstiin lähdeviitteitä ja loppuun lähdeluettelo. Lehtimainosten viittaukset ovat sitä vastoin välillä epätarkkoja. Luotettavuutta pyritään toisaalta luomaan vetoamalla yksinkertaisesti valmisteiden tehokkuuteen ja luotettavuuteen. Kaaviot, tilastokuviot, taulukot ja lääketieteelliset kuvat antavat sekä lisää teknisiä tietoja että korostavat ilmaistun asian vakuuttavuutta. Tilastokuvioita voidaan vakuuttavuuden tukemiseksi skaalata siten, että sivuvaikutukset näyttävät pieniltä tai tabletin luotettavuus korostuu (esim. E 1967, Leiras-Schering: Primovlar).

Kuten aiemmin huomautin, mainostuksessa voidaan myös käyttää tieteellisiä mielikuvia synnyttävää kuvitusta. Primovlar-lehtimainoksissa hyödynnetään huomion kiinnittäjinä kuvia, joissa on taideteoksia (SL 1967: 14, Leiras-Schering: Primovlar; SL 1968: 13, Leiras-Schering: Primovlar). Taide esiintyy kuva-aiheena yleisemminkin, mutta Primovlar-mainoksissa teokset on sijoitettu millimetripaperin eteen. Primovlarin esitteessä (E 1967, Leiras-Schering: Primovlar) asettelun taustalla olevaa ideaa selvitetään tarkemmin: taideteokset tavoittelevat täydellisyyttä. Millimetripaperi ilmentää pyrkimysten tieteellisyyttä. Oletettavasti tällaisen kuvituksen tarkoitus on liittää täydellisyyden ja tieteellisyyden merkityksiä Primovlar-pilleriin. Tieteellinen tarkkuus valmisteen suunnittelun taustalla takaa ominaisuuksiltaan täydellisen tai lähes täydellisen valmisteen.

Yksi pillerin erityisominaisuuksista on sen luotettavuus, joka näyttää kytkeytyvän pillerin tieteelliseen taustaan. Luotettavuuden painotus saa toisinaan hyperbolisen sävyn eli valmistetta ei esitetä vain luotettavana vaan *täydellisen* luotettavana (Blomstedt 2003, 90). Kuvituksellakin pyritään osoittamaan valmisteen luotettavuus: lukittu salpa ja toimettomana seisoskeleva haikara ovat tulkittavissa merkiksi varmuudesta (E 1964?, Ciba: Noracyclin; SLA 1965: 4, Orion: Volidan). Pillerin luotettavuus säilyy mainoksissa keskeisenä elementtinä koko tarkastelujakson ajan. Pilleri muodostaa uuden raskauden ehkäisyn tehokkuuden standardin, johon muut välineet ja keinot – niiden tappioksi – voidaan suhteuttaa. Lääkäreille annetaan vertailun työkaluksi Pearlin indeksi, joka kertoo vuosittaisten raskauslukujen perusteella eri menetelmien luotettavuudesta.

Teksteistä löytyy silti myös epävarmuuden osoituksia. Ne tulevat esille etenkin alkuvaiheen sivuvaikutuskuvauksissa. Mainoksissa voidaan ilmaista, ettei sivuvaikutuksista tiedetä kaikkea. Tällöinkin tosin tehdään oletus siitä, että jatkuvat tutkimukset ”tuovat tähän asiaan lopullisen selvyuden” (O 1963?, Ortho: Ortho-Novin). Epävarmuutta käsitellään – sinänsä epämääräisellä – kehotuksella varovaisuuteen. Pilleriin liittyvä epävarmuus ei toisaalta sen alkutaipaleella aina heijastu lehtimainoksiin, joissa voitiin todeta esimerkiksi: ”Mitään vakavampia haittavaikutuksia ei ole todettu. Ne, joita on esiintynyt, ovat olleet vähäisiä ja terapiaa jatkettaessa kokonaan hävinneet” (SL 1963: 31, Ortho: Ortho-Novin), tai: ”Volidan on vaaraton. Sen sivuvaikutukset ovat käytön alusakin varsin vähäisiä” (SL 1964: 9, Orion: Volidan).

Myös alkuvuosien oppaissa, joissa toisaalta kyllä ilmaistaan tutkimustyön keskeneräisyys ja tarve lääkärin varotoimenpiteille, painotetaan vähättelevin ilmaisin valmisteen hyvää siedettävyyttä. Pilleriin esitetään liittyvän vain harvoja epämiellyttäviä piirteitä, vaikka jotkin niihin liittyvät yksityiskohdat voivat yhä olla epäselviä. (ks. Blomstedt 2003, 90.) Mainoksissa korostetaan valmisteen yleistä vaarattomuutta sekä ilmenevien sivuvaikutusten vähäisyyttä, harmittomuutta ja näennäisyyttä. Sivuvaikutusten puuttuminen saattaa jopa aiheuttaa sivuvaikutuksia, sillä hyvinvoinnin tunteen ja ruokahalun kasvun arvellaan eräässä lääkäreitä ohjeistavassa esitteessä edistävän painon kertymistä (E 1965, Leiras-Schering: Anovlar 21). Valmisteen sivuvaikutusten pientä määrää tai olemattomuutta perustellaan vetoamalla tutkimuksiin, joissa oirehtivien osuus voidaan osoittaa tarkoin prosenttiluvuin. Sivuvaikutukset paljastuvatkin usein harvinaisiksi.

Erilaisen kuvan sivuvaikutusten määrästä antaa Turpeisen (1967a) Väestöliitossa 1960-luvun jälkipuolella eri yritysten pillereillä toteuttama koe. Sivuvaikutuksia kokeneiden osallistujien osuus oli erään valmisteen kohdalla 70 prosenttia. Turpeinen tosin toteaa, että ongelmat menivät nopeasti ohi. Tästä huolimatta potilaista 12,8–45,7 prosenttia keskeytti kokeen. Lääketehtaiden kokeissa keskeyttäneiden määrä sitä vastoin jätettiin toisinaan ilmoittamatta.

Ajan kuluessa mainokset muuttuvat pidättyvämmiksi. Volidan-mainoksesta (SLA 1966: 2, Orion: Volidan) poistettiin teksti ”Volidan on vaaraton” ja jäljelle jätettiin vain viittaus vähäisiin sivuvaikutuksiin (ks. Watkins 1998, 38). Valmisteen hyvä siedettävyys eli pillerin vähäiset sivuvaikutukset ovat silti säilyneet tärkeänä mainosvalttina. Siedettävyyden painotus on mainoksissa ollut yleisempää kuin sivuvaikutuksien kuvailu. Taipumus siedettävyyden korostamiseen näyttää 1970-luvulla voimistuneen entisestään, kun jokseenkin kiistatonta tutkimustietoa ehkäisypillerin vakavista haitoista alkoi ilmes-tyä. Toisaalta myös sivuvaikutuksia aletaan 1970-luvun puolella kuvailla useammin.

Siedettävyyden parantaminen näyttää mainosten perusteella olleen lääketehdäiden keskeinen syy sekä sekventiaali- että progestiinipillerin kehittämiseksi. Tätä puoltaa myös tendenssi esittää uudet valmistetyypit siedettävämpinä kuin aiemmat. Tosin myös toimintaperiaatteeltaan samankaltaisia valmisteita rinnastetaan aiempiin tai muihin markkinoilla oleviin valmisteisiin uutuuksien eduksi. Tuoreet ja vakuuttavat tutkimustulokset

suovat mainostajille aseman, josta käsin ongelmat, joita aiempiin valmisteisiin ei aikanaan haluttu liittää, voidaan tuoda esiin. (Ks. Sulkunen & Törrönen 1997, 114; Warpenius 1997a, 252.) Uusiin valmisteoppaisiin ilmestyy samalla piteneviä listoja kontraindikaatioista ja tilanteista, joissa lääkäriltä vaaditaan erityistä varovaisuutta ja harkintaa.

Ehkäisy pillerin luonnollistaminen on luotettavuuden, tieteellisyyden ja siedettävyyden ohella tärkeä suostuttelun muoto, joka vaikuttaa olevan muiden tapojen kanssa ristiriidassa. Luonnollistamista tehdään ensinnäkin osoittamalla ehkäisy pyrkimysten pitkä historia: raskauden ehkäisyä on yritetty aina, joten pyrkimys tähän on luonnollinen – ja siten väistämätön – osa ihmiselämää. Selvästi tärkeämpi suostuttelutapa on kuitenkin valmisteen rakenteen ja toiminnan luonnollisuuden painotus. Erityisesti sivuvaikutuksista puhumisen yhteydessä tehdään viittauksia luonnollisuuteen. Kun sivuvaikutuksia tuodaan 1970-luvulla esille enemmän, myös luonnollisuutta korostetaan vahvemmin.

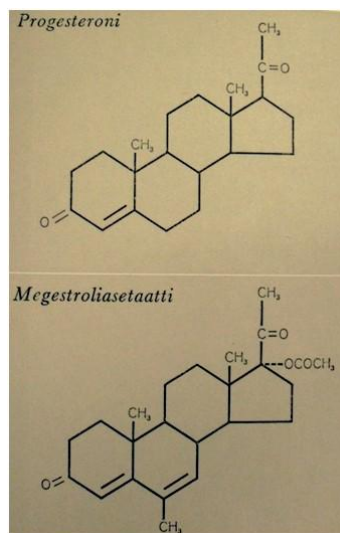
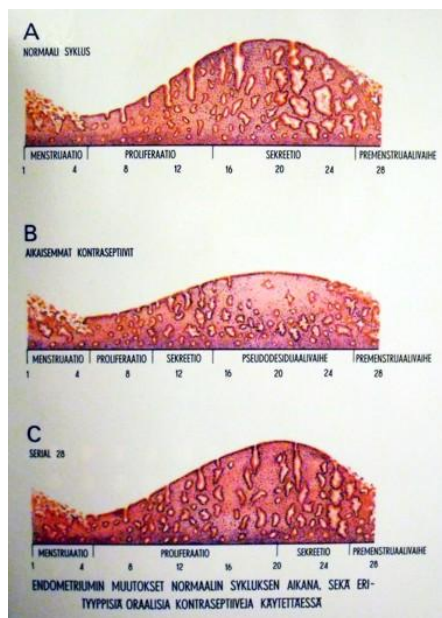
Luonnollisuuteen vetoamisella pyritään hyvin voimakkaasti markkinoimaan kuukautiskierron aikaista hormonieritystä matkivia sekventiaalivalmisteita. Myös pelkkää progestiinia sisältäviä pillereitä markkinoidaan erityisen luonnollisina pillereinä. Näiden kahden valmistetyypin luonnollisuus tarkoittaa kuitenkin sisällöllisesti päinvastaisia asioita. Sekventiaalipillerin kohdalla niin sanottua luonnollista kuukautiskierron hormonieritystä imitoiva estrogeeniannostelu estää ovulaation, mutta progestiinipillerin kohdalla luonnollisuus liitetään siihen, ettei naisen kehon estrogeenituotantoon puututa.

Valmisteen luonnollisuutta rakennetaan sanallisesti viittaamalla siihen ”luonnollisena”, ”fysiologisena” tai ”normofaasisena”. Fysiologisuus viittaa tulkintani mukaan siihen, että synteettisten hormonien toiminnan katsotaan mukailevan ihmisruumiin tuottamien hormonien toimintaa. ’Normofaasinen’ on Organonin kehittämä sana, neologismi, jonka tarkoituksena on tuoda esille, että yrityksen valmistaman Ovanonin hormoniannostelu noudattaa elimistön normaaleja hormonifaaseja eli kuukautiskierron vaiheita (LY 1970: 2, Organon: Ovanon; Blomstedt 2003, 92). Pillereiden luonnollistamistyötä tehdään lisäksi suoraviivaisen rinnastamisen kautta: hormonien rakenne on lähellä elimistössä esiintyviä hormoneja, valmisteen hormonikoostumus tai hormonimäärien annostelu jäljittelee elimistön prosesseja sekä hormonitasapainoa ja valmisteen vaikutukset muistuttavat elimistön raskauden tai kuukautisten aikaista tilaa. Tarkasteltavan jakson loppu-

vaiheessa raskausvertaus tosin arvioidaan uudelleen, koska raskausajan huomattiin olevan veritulppariskiä ajatellen pillerin käyttämistä riskialttiimpaa.

Valmisteen käytön aikana tulevat vuodot esitetään normaaleiksi kuukautisiksi, joskin niiden suhteen esiintyy myös ambivalenssia luonnollisuuden ja keinotekoisuuden välillä. Toisinaan pillerin huomautetaan voivan aiheuttaa myös kuukautiskiertoon liittyviä ongelmia, mutta tällöinkin rinnastus ilman pillereitä koettujen ongelmien määrään luonnollistaa ja vähättelee tällaisia pulmia. Sama strategia toimii myös monien muiden oireiden kohdalla: naiset kärsivät erilaisista vaivoista jo ennen pilleriä, eikä pilleri välttämättä aina täysin poista kaikkia oireita, vaikkakin se yleensä vähentää niitä.

Luonnollistamistyötä tehdään myös kuvallisesti. Kuvitus keskittyy valmisteen hormonien ja elimistön hormonien rinnastamiseen sekä normaalin kuukautiskierron tai raskauden ja pillerin käytön aikaisten fysiologisten tilojen tarkasteluun ja vertailuun. Lisäksi esitetään muun muassa kuvia vanhoista ehkäisyvälineistä. Kuvissa 1 ja 2 on esimerkkejä vertailuista, joiden kautta etsitään luonnollisuutta synteettisistä valmisteista.



KUVAT 1 ja 2. Kuvassa 1 on poikkileikkauspiirros kohdun limakalvosta (O 1967, Orion: Serial 28, kuvan koko 1 s.). Pienissä kuvissa vertaillaan limakalvoa normaalin kuukautiskierron sekä yhdistelmäpillerin ja sekventiaalivalmisteen käytön aikana. Tarkoitus on osoittaa samankaltaisuus ensiksi ja viimeksi mainitun tilanteen välillä. Kuvassa 2 on rinnastettu elimistön keltarauhashormonin (progesteronin) sekä synteettisen keltarauhashormonin kemiallinen rakenne (O 1971, Novo: Neo-Delphinin, n. 1/6 s.).

Mainoksista löytyy myös kolme kuvaa, joissa esitetään alaston nainen. Kaikki on kuvattu Goffmanin (1979, 57) käsittein psykologisesti tilanteesta vetäytyneinä. Koska kuvat eivät ole seksuaalisesti virittyneinä, ennemmin päinvastoin, tarkoituksena saattaa olla kuvata naisruumis paljaimmassa ja siten luonnollisimmassa tilassaan. Katsojan eli lääkärin tehtäväksi annetaan paljaan ruumiin suojaaminen. Mainostetun ehkäisy pillerin voi tällaisessa kontekstissa mieltää yhteensopivaksi naisruumiin luonnollisuuden kanssa.

Luonnollistamistyön tarkoitus liittyy turvallisuuden tunteen luomiseen: se, että tuote jäljittelee luonnollisia prosesseja, esitetään naiselle ja hänen reproduktioelimistölleen turvallisena (ks. Watkins 1998, 38). Naispotilaan ruumiin suojele taas on mielletävissä lääkärin näkökulmasta arvokkaaksi tehtäväksi. Luonnollisuuden korostus on ainakin osittain reaktioita pillereiden sivuvaikutusten muodostamaan ongelmaan. Toisaalta pillerin esittelyvaiheessa kyse voi olla yrityksestä häivyttää ennakkoluuloja sen epäluonnollisuudesta. Luonnollisuuden esille tuomisen merkitystä ei kuitenkaan juuri selvitetä. Mainoksissa luonnollisuus toimii eräänlaisena kommunikaation pääteypäkinä. Sitä voi pitää sellaisena länsimaisen kulttuurin peruskäsitteenä, jumala-terminä, jonka käyttö ei enää vaadi selittelyä (Burke 1945, 91–117; Gustfield 1989, 35; Summa 1996, 60).

Aineistossa tulee toisaalta esille myös luonnon epäonnistumisen mahdollisuus ja sen hallinnan tarve, luonnon luonnollistaminen (Marks 2001, 131–133). Searlen suomenkielinen versio ensimmäisestä pillerin lehtimainoksesta Yhdysvalloissa julistaa pillerin vapauttavan naisen luonnollisen kuukautiskierron ja hedelmällisyyden syklisestä ikeestä (E 1968, Searle: Ovulen). Myös kuvat 3 ja 4 havainnollistavat pillerin mahdollistamaa luonnon järjestelmällistä hallintaa.

Kaiken kaikkiaan lääkkeen teknisiin ominaisuuksiin ja lääkärin professionaaliseen rooliin liittyvä suostuttelu rakentaa lääkärille asemaa rationaalisena toimijana, jonka tehtävä on valita potilaan tarpeiden kannalta paras eli tutkituin, sivuvaikutuksettomien ja luotettavien teknologioiden. Suostuttelussa vedotaan myös luonnollisuuteen, mikä voi liittyä sekä luonnottomuutta koskevien epäluulojen karkotukseen että turvallisuuden luomiseen. Tällainen suostuttelu on välineorientoitunutta, sillä valmisteiden käytön syyhyn ei terapeuttisten syiden lisäksi kiinnitetä huomiota. Kysymys on parhaimman ratkaisun löytämisestä potilaan tarpeisiin – liittyivätkö ne sairauden hoitoon tai johonkin muuhun.



KUVAT 3 ja 4. Kuvan 3 voi tulkita havainnollistavan sitä, kuinka pilleri auttaa kontrolloimaan eläimellistä, luonnon-tilaista lisääntymistä (LY 1967: 1, Medica: Anoncen, hiukan alle 1 s.). Kuvassa 4 esitetään kuunpimennys, mikä ehkä viihjaa syklisen rytmin haltuunottoon tieteen keinoin (SL 1962: 6, Leiras-Schering: Anovlar, n. 1/2 s.).

8.3.3 Tehokkuuden ja turvallisuuden rakennustyö

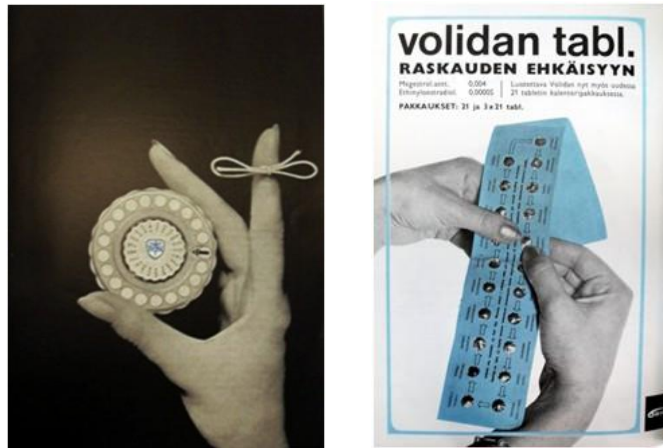
Teknologian ominaisuuksien korostamisen ohella mainoksissa on muutamia teknologian sosiaalisen rakentumisen ja muotoilun kannalta mielenkiintoisia piirteitä. Mainokset pyrkivät saamaan lääkärit jakamaan lääketehdäiden kanssa pillerin ympärille rakentuvan teknologisen kehikon (Bijker 1995, 123–124). Pilleri halutaan esittää stabiilina lääketieteellisenä valmisteena, mutta teknologiaa koskevat käyttäjäkokemukset ja tutkimustiedot sekä niitä seuraavat uudelleenmuotoilut vähentävät sen vakautta. Samalla valmisteen varmuus ja turvallisuus esitetään mainoksissa kuitenkin relatiivisina ominaisuuksina, jotka syntyvät inhimillisen toiminnan tuloksina. Mainokset eivät pelkästään tee lupauksia teknologian kyvyistä, vaan ne kytkevät sen mahdollisuudet ja riskit määrättyihin ehtoihin. Pillerin ympärille rakentuneeseen sosiaaliseen kehikkoon kuuluvat relevantit sosiaaliset ryhmät – keskeisimpänä lääketehdaat, lääkärit ja käyttäjät – joutuvat täyttämään ehdot, jotta valmisteeseen sisältyvät lupaukset toteutuisivat ja kohdatut ongelmat ratkeaisivat. Eri toimijoilla on erilaisia käsityksiä siitä, mikä on ongelma, kenen tulisi ratkaista pulmat ja kuinka sen pitäisi tapahtua. (Pinch & Bijker 1989, 30, 35, 39.)

Mainosten perusteella keskeinen pilleriin liittyvä ongelma näyttää ennen sivuvaikutuksien esille nousua koskevan sen käytön onnistumista. Pillerin varmuuden ehdoksi asetetaan annosteluohjeiden tarkka noudattaminen, mikä on käyttäjän vastuulla. Erilaisissa

kokeissa havaitut raskaudet liitetään epäonnistumiseen ohjeiden noudattamisessa, ei niinkään teknologian pettämiseen. Käyttäjältä edellytetään siksi huolellista toimintaa. Esimerkiksi pillerin ottamisen tulee tapahtua samaan aikaan vuorokaudesta tai raskassuoja vaarantuu. Lääkäri ja lääketehaan potilaalle laatimat ohjeet pyrkivät yhdessä opastamaan valmisteiden oikeaoppiseen käyttöön. Lääkärrien mainoksissa kuvataan sitä, mitä potilaalle on syytä selostaa ja mitä taas ei tule korostaa. Kaikesta huolimatta pillerin alkuvaiheessa käyttöön on voinut liittyä hapuilevia. Kun pillereitä otettiin kiertoa kohti 20 kappaletta, ei niiden ottamiseen muodostunut säännöllistä viikontähtiin kytkeytyvää rytmiä. Lisäksi lasipurkeissa myytävät pillerit ja joidenkin valmisteiden pakkauksista puuttuvat ohjeet tuottivat todennäköisesti hankaluuksia annostelun seuraamisessa.

Näihin ongelmiin reagoiminen näkyy mainoksissa yhtenä suostuttelun tyyppinä, tuotteen helppokäyttöisyyden korostamisena. Se tulee vain harvoin eksplisiittisesti esille, mutta epäsuoria merkkejä pyrkimyksestä näkyy enemmän. Helppokäyttöisyyden voi ajatella olleen lääketehaan kädenojennus käyttäjien kohtaamille ongelmille, jotta valmisteiden käyttö sujuisi ongelmitta ja väitteet sen tehokkuudesta säilyttäisivät uskottavuutensa: ”Yksinkertainen annostus [...] sekä uusi elegantti Norlestrin*-kalenteripakkaus käytännöllisesti katsoen eliminoivat potilaan erehtymisen mahdollisuuden tablettien ottamisessa” (SL 1967: 26, Parke-Davis: Norlestrin). Tarkastelujakson edetessä pillereitä aletaan lasipurkkien sijaan pakata rasioihin tai liuskoihin, joihin lisätään tietoja viikontähtistä ja pillereiden ottamisjärjestyksestä. Muokkauksen kohteeksi joutuu myös pillerin annostelu: markkinoille tulevat 21 tabletin, 22 tabletin ja hiukan myöhemmin 28 sekä 35 tabletin pakkaukset.

Usein esille tuleva kuvateema havainnollistaa uutta pakkausta symbolisesti naisen kädessä. Goffmanin (1979, 29) mukaan tällaista kuvausta voidaan kutsua naiselliseksi kosketukseksi. Kuva 5 ilmentää paketin tyyliä ulkomuotoa ja naisen hienovaraista kosketusta, joka korostaa tuotteen omaksuttavuutta. Naisen kädet esittävät käyttäjän piirteitä niiltä osin kuin se indeksikaalisessa kuvassa on mahdollista: käsi on hoikka sekä sileä ja kynnet ovat lakatut (Deacon ym. 2007, 195). Käsien eleganssi ja viittaus tuotteen omaksumiseen toistuvat kuvassa 6, mutta muista vastaavista kuvista poiketen ote ei ole feminiinisen hivelevä, vaan kädet havainnollistavat pakkauksen käyttöä.



KUVAT 5 ja 6. Kuvassa 5 esiintyvällä Dial Pak -rasialla pyrittiin helpottamaan tabletin muistamista (O 1963?, Ortho: Ortho-Novin, 1 s.). Kuvassa 6 esitellään uutta kalenteriliuskapakkausta (SL 1966: 36, Orion: Validan, 1 s.).

Pilleriteknologiaa pyrittiin kehittämään käyttömukavuuden parantamiseksi, mutta se näyttää samalla johtaneen valmistetyyppien ja annettujen ohjeiden moninaistumiseen. Eri valmisteisiin liittyvät ohjeet muun muassa siitä, milloin tarvitaan lisäehkäisyä ja kuinka monta välipäivää kahden pillerierän ottamisen välillä täytyy pitää, muodostuvat kirjaviksi. Tehtaat pyrkivät esittämään oman vaihtoehkonsa helppokäyttöisenä ja varmana, mutta kokonaisuutta tarkastellen tilanne vaikuttaa sekavalta. Mitä useampia valmisteita markkinoille tulee, sitä tarpeellisemmaksi lääketehtaiden mainosten, varsinkin oppaiden, valmisteesta antama tieto muodostuu.

Pillerin sivuvaikutukset muodostavat käytön onnistumista painokkaammin esille tulevan ongelman, jonka hallitseminen vaatii aktiivisempaa yhteistyötä. Lääkäri saa sivuvaikutusten ongelman hallinnassa keskeisen rooliin. Aluksi tämä tarkoittaa sitä, että lääkäri osaa selostaa valmisteen käyttöä asianmukaisesti eikä suggeroi potilaalle sivuvaikutuksia. Kun tutkimustieto pillerin sivuvaikutuksista 1960-luvun kuluessa vähitellen lisääntyy, se heijastuu mainontaankin. Pillereihin aletaan liittää yhä enemmän erilaisia varoitusustekijöitä ja kontraindikaatioita, joiden huomioiminen edellyttää lääkäriltä tarkkuutta.

Varo- ja seurantatoimenpiteiden kuvailu vähenee 1960-luvun alusta 1960-luvun jälkipuolelta saavuttaessa mutta lisääntyy selvästi 1970-luvun alussa. Lääketehtaat ohjaavat lääkäreitä aiempaa tarkemmin valikoimaan ja tarkkailemaan potilaita teknologian käy-

töstä aiheutuneiden ongelmien välttämiseksi. Oppaissa kuvaillaan yksityiskohtaisimmin sitä, mitä toimia lääkäriltä edellytetään. Osa varo- ja seurantatoimenpiteistä mainitaan lääketehaiden ulkopuolelta annettujen suositusten ja velvoitteiden vuoksi. Esimerkkinä toimii progestiinipillereitä käsittelevä opas, jossa ilmoitetaan, että ennen valmisteiden käyttöönottoa on WHO:n (*World Health Organization*) suositusten mukaan tehtävä gynekologinen tutkimus ja toistettava se jatkossa puolen vuoden välein. Lisäksi ”[o]n suositeltavaa pyytää nainen vastaanotolle aina 4–5 viikon kuluttua ensimmäisten käyttökuukausien aikana”. Maksantoimintahäiriöistä kärsiville suositeltiin vielä ”sisämedisiinistä kontrollia 2–3 kk:n väliajoin”. Muut erikoistilanteet vaativat lisäksi omat ohjeensa. (O 1973, Wyeth: Microval.)

Valmisteoppaiden neuvoja noudattaville lääkäreille pillerit tuottivat paljon työtä. Yhdysvalloissa pillerin tuomaa lisätyötä on pidetty yksityislääkäreiden kannalta myönteisenä piirteenä (Watkins 1998, 35). Vaikka Suomessakin yksityislääkärit määräisivät pillereitä, reseptejä kirjoittivat myös muut lääkärit, joilla oli vähemmän taloudellisia kannustimia. Mainoksissa pillereiden aiheuttaman ylimääräisen työn vähäisyys pilkahtelee kin 1960-luvun lopulla uutena teemana. Kansanterveislain (66/1972) myötä pillerireseptin kirjoittamiseen liittyneet taloudelliset edut menettivät viimeistään merkityksensä. Mainoksiin astuu samaan aikaan uusi ”kiireinen lääkäri”, joka tarvitsee potilaiden tyytyväisyyden takaamiseksi mahdollisimman vähän sivuvaikutuksia aiheuttavan valmisteiden (E 1973, Leiras-Schering: Neo-Primovlar).

Kuten jo edellä on todettu, lääketehaat reagoivat omalta osaltaan pillereiden ongelmiin kehittämällä uutta teknologiaa. Vanhojen yhdistelmävalmisteiden hormonipitoisuuksia pienennettiin. Lisäksi sekä sekventiaali- että progestiinipillerit näyttävät reaktioilta sivuvaikutuksiin. Valmisteiden luonnollisuutta ja turvallisuutta korostetaan, mutta varsinkin progestiinipillerin kohdalla joudutaan samalla tinkimään varmuudesta. Lääketehaiden työ näyttää olleen tasapainoilua valmisteiden varmuuden, sivuvaikutusten sekä sopivan pienen hormonimäärän ja oikeanlaisen hormonikoostumuksen kanssa.

Hormonien määrästä, annostuksesta ja laadusta keskustellaan mainoksissa sivuvaikutusten muodostamaa taustaa vasten varsinkin 1960-luvun puolivälistä lähtien. Iso osa valmistajista korostaa hormonien määrää tai laatua tärkeänä sivuvaikutuksia vähentävänä

tekijänä. Toiset puolestaan korostavat hormonien biologisen aktiivisuuden tasoa, hormonikomposition merkitystä sekä hormonien annostelun ajoituksen tärkeyttä. Keskustelua monimutkaistavat arviot naisten erilaisista hormonitasapainoista, minkä vuoksi valmiste pitäisi valita yksilöllisesti. Oikean valinnan tekeminen vaikuttaa edellyttävän hyvin huolellista perehtymistä potilaan tilanteeseen ja pillereitä käsittelevään materiaaliin. Mainostajien ratkaisu vaihtoehtojen runsauteen on tarttua keskusteluun sellaisesta kulmasta, josta käsin yrityksen oma pillerimerkki on mahdollista esittää muita paremmaksi.

Huolimatta runsaasta sivuvaikutuksista ja niiden vähentämistä koskevasta teknisestä keskustelusta, myös käyttäjää voidaan syyttää sivuvaikutuksista. Ne mielletään siis osittain subjektiivisiin kokemuksiin liittyvinä, ei valmisteen itsessään kantamina ongelmina. Ongelmien vähättelyyn näyttää liittyvän käyttäjän kompetenssin kyseenalaistamista. Naisen täytyykin osata käyttää valmistetta oikein sivuvaikutukset välttääkseen eli esimerkiksi ottaa pilleri oikeaan vuorokaudenaikaan. Käyttäjän tulee lisäksi olla sitkeä, sillä pahoinvoinnin, oksentelun, rintojen pingottuneisuuden, päänsäryn ja painonnousun kaltaiset sivuvaikutukset esitetään vähäisinä haittoina, jotka helpottuvat käyttöä jatkettaessa. Käyttäjän täytyy erikseen varoa sitä, ettei itse aiheuta omilla elämäntavoillaan sivuvaikutuksiksi tulkittuja ongelmia. Viimeksi mainittu piirre näkyy heikosti aineistossa, mutta silloin kun se tulee esille, ilmaisu voi olla hyvin kärjistettyä. Alla oleva sitaatti osoittaa, mistä sivuvaikutuksissa ja valmisteeseen asetettujen toiveiden pettämisessä saattaa lääketehtaan mielestä olla kyse:

[V]arsinkin nuorempien ikäluokkien joukossa on ryhmä naisia, joiden sosiaalinen käyttäytymistapa saattaa olla ”keskiverrosta” poikkeava. Esim. he valvovat paljon, polttavat paljon, käyttävät runsaasti alkoholia ja myöskin muu käyttäytyminen on hieman huolimatonta. Kaikki edellämainitut seikat ovat myös riskitekijöitä, ja monet niistä sivuvaikutuksista, joista ehkäisypillereitä on syytetty, johtuvat suorastaan henkilön elämäntavoista.

Tällä naisryhmällä esiintyy myöskin tavallista enemmän ei-toivottuja raskauksia, joista syytetään ehkäisymenetelmää. Kuitenkin syynä lähes poikkeuksetta ovat juuri em. epäsuunnolliset elämäntavat. (O 1973, Organon: Exluton, Lyndiol, Volidan.)

Huolimatta sivuvaikutusten todellisen luonteen kyseenalaistamisesta, niiden aiheuttama ongelma säilyy mainoksissa hyvin polttavana. Pulma halutaan esittää ratkaistuna tai ainakin oikeilla toimenpiteillä hallittavana, mutta asian jatkuva käsittely mainoksissa

johdattelee tekemään tilanteesta vastakkaisen tulkinnan. Pillerin sivuvaikutukset muodostavat kiusallisen ongelman, jota ei täysin ole voitu hävittää edes osapuolten yhteistyöllä. Ongelmien aiheuttama jännite purkautuu esiin lääketeollisuuden materiaalisissa ajoittain käyttäjän epäilyinä. Käyttäjien kokemuksen vähättely tarjoaa tavan käsitellä valmisteiden pulmia syyttämättä sen paremmin lääketehdasta kuin lääkäriäkään, jotka ovat pilleriä koskevan mainoskommunikaation osapuolia.

8.3.4 Naisen terveys, tarve ja hallinta käytön perusteina

Pillerin ympärille rakennetaan mainoksissa toimijoiden jakamaa kehikkoa, johon kuuluvilta edellytetään toimintaa valmisteiden tehokkuuden ja turvallisuuden takaamiseksi. Mihin pilleriä erityisine ominaisuuksineen sitten on esitetty tarvittavan? Viittasin edellä siihen, ettei käytölle aina anneta mitään perustelua. Toisaalta esille tulevat medikaaliset käyttötarkoitukset. Lisäksi mainoksissa mainitaan myös muita kuin lääketieteellisiä käytön perusteita. Tällainen suostuttelu, jota kutsun hallinnalla perustelemiseksi, ei millään ilmeisellä tavalla liity lääketieteelliseen kontekstiin, vaan kyse on ehkäisy pillerin käytölle annetuista sosiaalisesti muotoilluista perusteluista.

Naisen reproduktioelimistön kontrollin tarpeellisuuden perusteita voidaan tarkastella yksittäisen naisen, naisen perheen ja väestön tasolla. Yksilötasolla lääkäri voi pyrkiä auttamaan ongelmia kokenutta naista hallitsemaan kuukautiskiertoaan ja lisääntymistään. Työtä voi motivoida vaikeuksia kohdanneen tai vaikeudet edeltä käsin välttävän naisen kiitollisuus. Monet personoidut käyttäjäkuvat keskittyvät käyttäjän tyytyväisyyden kuvaamiseen. Kuvassa 7 lääkäri ojentaa ongelmista kärsineelle naiselle lääkettä ja samalla potilasta lohdutetaan kuvatekstissä ilmaisulla ”Ei huolta!” (SL 1962: 30, [Organon:] Lyndiol). Kuva ilmentää myös pillerin alkuvuosien käsitystä mieslääkäriin ja naispotilaan suhteesta: nainen on konkreettisesti asetettu paternalisoivan mieslääkäriauktoriteetin alapuolelle (Goffman 1979, 40). Samanlaista asetelmaa on 1950- ja 1960-luvulla hyödynnetty niin amerikkalaisessa psykenlääkemainonnassa kuin Väestöliiton abortin torjuntatyön valistusmateriaalissakin (ks. Helén 1997, 252–253; Metzl 2003).



KUVAT 7 ja 8. Huolehtivainen lääkäri antaa varhaisessa pillerimainoksessa naispotilaalle pillerireseptin (SL 1962: 30, [Organon:] Lyndiol, 1 s.). Reilun kymmenen vuoden kuluttua sekä lääkäri että potilaat on kuvattu huomattavasti nuorekkaampina ja vapautuneempina (E 1973, Leiras-Schering: Neo-Primovlar, n. 1/15 s).

Ongelmista kärsivät potilaat esitetään etenkin ennen 1970-lukua tyypillisesti keski- tai ylempään luokkaan kuuluvina naisia, jotka ovat hyvin ehostettuja ja huoliteltuja. Kuvi- en asettelu on pääsääntöisesti sellainen, ettei vihkisormus ole nähtävissä, mutta kuvatut naiset voi kampausten, vaatteiden ja asusteiden perusteella silti tulkita rouviksi. Toisaalta käyttäjäkuvat eivät kauttaaltaan ole konservatiivisia vaan mainoksissa on myös suoraan edestä otettuja kasvokuvia, ”peilikuvia”, joissa itsevarmat ja -tietoiset nuorehkot naiset katsovat suoraan katsojaan (Leiss ym. 2005, 211, 215). Tällainen naiskuva voi sekä pyrkiä luomaan luottamuksellista suhdetta lääkärin ja potilaan välille että edustaa lääketehaan käsitystä nykyaikaisesta naishahmosta.

Hillityn käyttäjän muotokuvaa on vaikea erottaa ehkäisypillerin ja perheen välisen yhteyden kuvauksesta. Pillerimainonnassa esitetään kolmenlaisia viittauksia perheeseen kohdistuviin myönteisiin vaikutuksiin: pilleri lujittaa tulevien tai nykyisten vanhempien avioliittoa, vahvistaa äidin ja lapsen tunnesidettä estämällä ei-toivotut lapset ja tukee niin perheen henkistä kuin tähän oleellisesti liittyvää taloudellista tasapainoakin. Visuaalisesti tätä havainnollistavat kuvat 9 ja 10. Harvoin esiintyvissä opiskelijan ja työntekijän rooleissa nainen on sidoksissa tulevaan perheeseen tai jo olemassa olevaan per-

heeseen. Ehkäisy pillerin avulla toteutettavan perhesuunnittelun esitetään vaalivan avioliittoa, perhettä ja äitiyttä. Se tarjoaa naiselle ja muillekin perheenjäsenille tyydyttävää ja rentouttavaa perhe-elämää. Vaivihkaa naiselle näyttää kuitenkin avautuvan myös mahdollisuus yhdistää äitiys muihin rooleihin.



KUVAT 9 ja 10. Kuvassa 9 esitellään onnistuneen perhesuunnittelu tulos: harmoninen perhe (E 1965?, Roussel: Previson, 1 s.). Kuvassa 10 huomio keskittyy äidin ja lapsen onnentäyteiseen suhteeseen (AL 1966: 2, Organon: Lyndiol 2,5, n. 4/6 s.).

Valmistetta markkinoidaankin jonkin verran nimenomaan perhesuunnitteluun tarkoitettuna ehkäisyvälineenä. Lapsia esiintyy mainoksissa yhdessä äidin tai molempien vanhempien kanssa mutta lapsia ei kertaakaan ole useampaa kuin kaksi. Lapsi kuvataan myönteisessä valossa ja rinnastetaan jopa enkeliin. Pilleriteknologia kytketään mainoksissa palvelemaan onnellisen perheen ihanteen toteutumista. Kuvien valossa pilleri näyttää olevan keskiluokkaisen, vakavaraisen ydinperheen elämäntyylin turvaava lääke.

Perhekeskeinen tematiikka painottuu erityisesti 1960-luvulla, mutta se säilyy mainoksissa koko tarkasteluajan. Naisen roolia kuvataan vahvan perhekeskeisesti myös tarkastelemani ajanjakson loppupuolella. Tästä esimerkkinä on lasta kantavan ja narulla roikkuvaa pyykkiä hypistelevän naisen kuvan alla oleva sitaatti:

NEO-GENTROL kiireiselle perheenäidille

Aviomiehen, perheen ja kodin tarpeista huolehtiminen tuo ongelmia jokaiselle naiselle. Epävarmat ehkäisykeinot tai pelko suunnittelemattomasta raskaudesta aiheuttavat hänelle ylimääräisiä huolia. NEO-GENTROL poistaa nämä huolet. Se tuo mielenrauhan, jonka antaa ehkäisykeino varmuus sekä varmuus

siitä, että haitalliset sivuvaikutukset eivät tule häiritsemään päivittäisiä toimia. (Ko 1973, Wyeth: Neo-Gentrol.)

Mainoksissa alkoi kuitenkin 1970-luvulla olla kuvia uudenlaisista käyttäjistä eli nuorista – ja mitä ilmeisimmin ainakin toistaiseksi lapsettomista – naisista. Myös uudenlaisesta lääkäristä näkyi pieni vilaus: sivun 94 kuvassa 8 lääkäri esitetään nuorten naisten tasolla, ei yläpuolelle asettuvana holhoojana. Mainosten perusteella jää epäselväksi, millaisiin tarkoituksiin suunnilleen yläasteikäiset tytöt tai noin 20-vuotiaat sulkapalloa harrastavat ystävättäret pilleriä tarvitsevat, mutta avioliiton kanssa asialla ei vaikuta olevan tekemistä. Esille nousee uudenlainen menevä nuorisaelämäntyyli. Muutoksella on silti rajansa: 1970-luvun alussa mainoksissa esiintyvät miehet ovat edelleen joko lääkäreitä tai aviomiehiä. Minkäänlaisia poikaystäviksi saati satunnaisemmiksi kumppaneiksi tulkittavia miehiä kuvissa ei esiinny. Seksuaalisuus ei kuulu pillerimainosten kuvastoon.

Ehkäisypillereiden käyttäjäkuvaston laajenemisenkin taustalla vaikuttaa ehkä edelleen perheen suojelun pyrkimys: jos kerran nuoret naiset seurustelevat, muodostuu pillerin eduksi uudessa kontekstissa se, että he voivat tehdä sen ilman ei-toivottuja raskauksia. Perheen perustaminen edellyttää riittäviä resursseja ja suunnitelmallisuutta. Mainosten sisältö taipuu vähitellen heijastamaan aikakauden asennemuutoksia. Syntyvyyden säännöstelyn harjoitus aletaan hyväksyä uusien ryhmien kohdalla; paheksuttavaksi muuttuu ehkäisyn laiminlyönti. Selvimmin perheensä kautta määrittävästä rouvasta poikkeavaa naiskuvaa tuovat esiin suomalaiset lääketehaat.

Kolmatta hallinnan tasoa, väestöä, käsitellään melko vähän. Väestönkasvuongelmien ei katsota koskevan Suomea. Kuitenkin ehkäisyvalmisteen tarpeellisuutta alleviivataan yleisesti väestönäkökulmasta: ehkäisypillerihormoneiden ”kehittäminen on merkinnyt suurta hyötyä ihmiskunnalle, koska niiden avulla on saatu aikaan tehokas syntyvyyden säännöstely” (SL 1967: 17, BDH-Orion: Serial 28, Volidan). Väestöhuoli suodattuu mainoksiin lähinnä innovaation merkittävyyden perusteluksi. Suomessa ei-medikaalisen suostuttelun kärki liittyy väestönkasvun hillinnän sijaan naiskäyttäjien ja perheiden hyvinvoinnin turvaamiseen pillerin mahdollistaman hallinnan avulla.

Yhteenvedona käytön perusteisiin liittyvät suostuttelun tavat voidaan jakaa kolmeen ryhmään: instrumentaalinen, medikaalinen ja sosiaalinen. Pillerin käytön perustelu voidaan redusoida potilaan tarpeeseen, jolloin ei ole lääkärin asia ottaa kantaa siihen, miksi sitä tarvitaan. Medikaalisuus taas on periaatteessa hyvin suoraviivainen käytön peruste. Jos lääkkeen voidaan perustellusti katsoa hoitavan sairautta, sen käyttö sopii lääketieteelliseen kontekstiin. Kolmantena perusteena on kahtalainen hallinnan tarve: toisaalta naiselle annetaan mahdollisuus hallita omaa reproduktiotaan sekä kuukautiskiertoaan, toisaalta erilaisia sosiaalisia ongelmia ennaltaehkäistään ja ratkaistaan naisen lisääntymiselimistön hallinnalla. Lääkäreiden oletetaan näin ollen kokevan vastuuta muistakin asioista kuin sairauksien parantamisesta.

9 Tulokset

Työni lopuksi tarkastelen saatuja tuloksia tutkimuskysymysten valossa. Ensimmäinen kysymys liittyi pillereiden leviämiseen Suomessa vuosina 1962–1973. Diffuusiota koskevien tietojen kokoaminen osoittautui haastavaksi. Kattavia myyntilukuja löysin vain vuosille 1972–1976. Ensimmäinen laaja kyselytutkimus, joka selvitti suomalaisten ehkäisykäytäntöjä, toteutettiin vasta, kun pilleri oli ehtinyt olla markkinoilla lähes kymmenen vuotta (Sievers ym. 1974). Lisäksi osa pillereitä käyttävistä naisista jäi tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Toinen pillerin käyttäjämääriä käsittelevä mittavampi tutkimus perustuu yhden päivän lääkemyyntitietoihin vuodelta 1968 (Nyman 1971). Muut käyttäjämääriä koskevat tiedot ovat aikalaisten arvioita. Ne ovat ongelmallisia sekä ylimalkaisuutensa että alkuperäisen lähteen epäselvyyden vuoksi.

Täydensin tiedoilla Henri Leridonin (2006) laatimaa kuviota pillerin yleistymisestä ja kokonaishedelmällisyyden laskusta (liitteen 1 kuviot 1 ja 2). Kuvioiden perusteella näyttää siltä, että pilleri yleistyi 1960-luvun alkupuolella melko hitaasti. Tämä vastaa historiallisen tarkastelun perusteella muodostunutta kuvaa siitä, ettei pillerin saapuminen Suomeen saanut heti suurta huomiota osakseen. Ehkäisypillerin nopeimman yleistymisen vaihe sijoittuu 1960-luvun loppupuolelle. Käännekohta käytön lisääntymisessä ajoittuu 1970-luvun alkuvuosille, millä voi olla yhteys sekä terveysriskien esille nousemiseen että kuparikierukan käyttöönottoon. Kun tarkastellaan hedelmällisyyttä, pillerin käyttö yleistyy ennen 1970-luvun alkuvuosia jokseenkin samaa tahtia kokonaishedel-

mällisyyden laskun kanssa. Kausaaliväitteiden tekeminen suhteen luonteesta edellyttäisi kattavia tietoja eri ehkäisymenetelmien käytöstä ja käytössä tapahtuneista muutoksista. Suomessa kyseiseltä ajalta on kerätty niukasti tietoa syntyvyyden säännöstelystä, mikä hankaloittaa suhteen arvioimista. Tätä työtä varten kerättyjen tietojen avulla sen selvittäminen ei onnistu.

Tietoja siitä, keitä käyttäjät olivat, on käyttäjämäärien tavoin saatavilla vähäisesti. Edellä mainittujen tutkimusten perusteella on kuitenkin mahdollista tehdä muutamia päätelmiä. Sekä tutkimusten että historiallista kontekstia koskevan kuvauksen perusteella pillerin ensimmäiset omaksujat olivat naimisissa olevia naisia. Naimisissa olevat naiset käyttivät edelleen 1970-luvun alussa pilleriä kaksi kertaa useammin kuin samanikäiset naimattomat naiset. Pillerin varhaiset käyttäjät näyttävät lisäksi olleen nuorehkoja ja melko pitkälle kouluttautuneita naisia, joiden sosioekonominen asema oli hyvä. Lisäksi kaupunkilaisnaiset käyttivät pilleriä enemmän kuin maalla asuvat. Heille oli myös kertynyt siitä hiukan enemmän kokemuksia. Tämä viittaa siihen, että kaupungissa omaksuminen tapahtui aiemmin kuin maalla. Eri ryhmien väliset erot näyttävät kuitenkin tasoittuneen ajan myötä. (Nyman 1971, 9–11; Sievers ym. 1974, 409, 417, 451–452; ks. myös Topo 1997, 62.)

Lääkäreiden kontrolloivasta roolista huolimatta pillerin leviäminen on ainakin suurin piirtein noudatellut innovaation diffuusion tavanomaisia peruslinjoja. Se on levinnyt ensiksi sellaisiin naisryhmiin, joiden jäsenillä on hyvät tiedonsaantimahdollisuudet uutuuksista sekä kiinnostusta, uskallusta ja mahdollisuuksia kokeilla niitä (Rogers 2003, 282–283). Edelläkävijäryhmiin kuuluvat saattoivat toisaalta olla samoista syistä ensimmäisiä, jotka hylkäsivät pillerin kierukan takia (Sievers ym. 1974, 416, 417).

Varhaisten käyttäjäryhmien tarkastelu tukee oletusta siitä, että hedelmällisyyden kannalta pillerin keskeinen vaikutus on ollut parisuhteen solmimisen ja lasten saamisen välisen yhteyden väljentyminen siten, että lastenhankintaa voidaan suhteessa lykätä (Ruokolainen & Notkola 2007, 107). Pilleri on saattanut vaikuttaa myös siihen, että lastenhankinnan lopettamiseen tähtäävien naisten ei-toivottujen raskauksien estäminen on onnistunut paremmin. Näiden huomioiden perusteella voi päätellä, että pillerin käyttöönotto on vauhdittanut periodihedelmällisyyden laskua ainakin ennen vuoden 1970 uutta abortti-

lakia (239/1970). Pillerin pitkän tähtäimen vaikutus kohorttien toteutuneeseen hedelmällisyyteen on ollut vaatimattomampi.

Edelliset väitteet ovat spekulatiivisia. Lisäksi ne täytyy asettaa siihen kontekstiin, ettei pilleristä kuitenkaan tullut aivan kaikkien naisten ehkäisyvälinettä. Hedelmällisyysikäisistä naisista alle viidesosa käytti pilleriä 1970-luvun alussa (Sievers ym. 1974, 417). Pillerin suosio kasvoi Suomessa 1990-luvulla niin, että 2000-luvun alussa käyttäjien määrä – noin neljännes hedelmällisyysikäisistä naisista – ylitti 1970-luvun alun tason (Kosunen ym. 2004, 54; liitteen 1 kuvio 1). Ikäryhmittäisten käyttäjämäärien tarkastelun perusteella sen voi olettaa olleen ja olevan leimallisesti nuorten sekä nuorehkojen naisten keino lykätä lasten saamista tietyssä elämänvaiheessa (Sievers ym. 1974, 417; Kosunen ym. 2004, 54).

Suomalaiset lääkärit hyväksyivät pillerin melko nopeasti alkuvaiheen epäilyksistä huolimatta (Warpenius 1997b). Työssäni olen keskittynyt tämän muutoksen tarkasteluun, sillä lääkäreiden hyväksyntää voi pitää pillerin leviämisen ehtona. Tutkimuskysymysten toinen ja kolmas ryhmä käsittelivätkin sitä, mitä on mahdollista sanoa pillerin mainonnasta sekä sen yhteydestä lääkäreiden valmisteelle antamaan hyväksyntään.

Perehdyin pillerimainontaan suhteuttaen sen ensin muuhun aikakauden reseptilääkemainontaan. Lääkemainonta oli varsinkin 1960-luvulla hyvin runsasta ja siitä käytiin vilkasta keskustelua. Lääkärit suhtautuivat mainontaan kaksijakoisesti: asiallinen lääkemainonta nähtiin tarpeellisena tiedotuksena, mutta toistuvat muistutusmainokset herättivät kielteisiä reaktioita (ks. Laitinen 1973, 2094). Osa kieltäytyi vastaanottamasta mainospostia, toiset korostivat lääkäreiden kykyä kriittisyyteen. Myönteisimminkin suhtautuvien lääkäreiden on ollut mahdotonta perehtyä kaikkeen mainosmateriaaliin sen suuren määrän vuoksi.

Tarkastelin lääkäreille suunnattua ehkäisyvälineiden lehtimainontaa Suomen Lääkäri-lehden, Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden, Avioliitto ja lääkäri -lehden sekä Lääkäri ja yhteiskunta -lehden kautta. Löysin vuosilta 1962–1973 kaikkiaan 320 ehkäisy pillerimainosta. Tarkastelun perusteella pillerimainosten osuus lääkäreille suunnatusta lääkkeiden lehtimainoksista jäi suurimmillaankin muutamiin prosentteihin. Kansalliskir-

jaston pienpainatekokoelmasta keräämäni postitettu mainosmateriaali tuskin on ollut muuhun postimainontaan suhteutettuna sen runsaampaa. Pillerit kuitenkin lisäsivät selvästi medikaalisen ehkäisyvälinemainonnan määrää lehdissä. Lisäksi absoluuttisesti tarkasteltuna niin posti- kuin lehtimainostenkin määrää voi pitää suurena.

Markkinoilla olevien pillerimerkkien määrä lisääntyi vauhdikkaasti vuosina 1962–1973, mikä mainonnan harjoittamisen ohella osoittaa lääkeyritysten kiinnostuksen pillerimarkkinoita kohtaan (liitteen 2 kuvio 1). Vain kahtena vuonna markkinoilla olevien merkkien määrä ei kasvanut. Vuonna 1973 markkinoilla oli 30 erilaista pilleriä. Kokonaan uusien valmistetyyppien markkinoille tuominen on liittynyt sivuvaikutusten vähentämisen tavoitteeseen. Sekventiaalipillerit tulivat Suomessa saataville vuonna 1967 ja vain yhtä hormonia sisältävät progestiinipillerit 1972 (Lääkintöhallitus 1972a, 2242; liitteen 2 kuvio 1). Lisäksi korkeahormonisia yhdistelmäpillereitä pyrittiin sivuvaikutuksia koskevan tiedon levitessä korvaamaan matalahormonisemmilla valmisteilla 1960- ja 1970-luvun taitteessa, mikä selittää pillerimerkkien vähenemistä (Hirvonen 1972, 251). Vuoden 1966 pieni notkahdus valmistemäärissä liittyy siihen, että Enavid-valmisteen kahden annostelumuodon ehkäisyindikaatio poistui.

Vaikka pillerimerkkien määrä kasvoi lähes jatkuvasti, painetun mainonnan määrä ei lisääntynyt tasatahtia valmisteiden määrän kanssa. Alkuvuosien voimakkaan kasvun jälkeen lehtimainosten määrä alkoi vähentyä vuodesta 1968 lähtien (liitteen 2 kuvio 3). Väheneminen ajoittuu yhtäältä pillerin suosion lisääntymiseen, toisaalta sivuvaikutuksia koskevan tieteellisen tiedon leviämiseen. Muutoksen taustalla vaikuttavia syitä voi olla useampia: joko kyse oli sivuvaikutusten aiheuttamasta varovaisuudesta, muihin markkinoinnin muotoihin siirtymisestä tai tehtaiden mainonnan painopisteiden muutoksesta, kun ehkäisy pillerin leviämisen voitiin katsoa tapahtuvan omalla painollaan. Lääkkeiden lehtimainonnan volyymi alkoi tosin yleisemminkin laskea 1970-luvulla muiden markkinointikeinojen painottuessa (Laitinen 1977, 142). Pillerimainonnasta ainakin osa on voinut vuorovaikutusta korostavan markkinointityön lisäksi kanavoitua postimainonaksi, joka tosin kokonaisuudessaan näyttää myös 1970-luvulla vähentyneen. Suorapostimainonnan määrää on kuitenkin vaikeaa arvioida tarkasti.

Tarkastelin mainosten sisältöä käymällä läpi lehtimainosten (162 kpl) lisäksi neljäntyyppisiä mainoksia Kansalliskirjaston pienpainatekokoelmasta: kortteja (10 kpl), kirjeitä (5 kpl), esitteitä (22 kpl) ja valmisteoppaita (7 kpl). Lähestyin aineistoa ilman vahvaa teoreettista näkökulmaa, koska olin yleisesti kiinnostunut mainosten eri piirteistä. Tarkastelin mainoksista sisällönanalyysillä ja sisällön erittelyllä seulomiani piirteitä jäljittäen ajallisia muutoksia ja eroja eri mainostyyppien välillä. Mainosten sisällön kvantifioitu kuvaus löytyy liitteen 3 taulukoista 1–4. Hyödynsin sisällön yksityiskohtaisemmassa tarkastelussa semioottista ja retorista käsitteistöä.

Jaottelin mainosten tekstisisällön tekniseen lääkettä käsittelevään informaatioon sekä kolmeen suostuttelun tapaan. Mainoksissa korostetaan tuotteen hyviä ominaisuuksia, vedotaan lääkäriin professionsa edustajana ja painotetaan pillerin mahdollistamaa naisen reproduktioelimistön hallintaa. Hallinnan tarve ilmenee yksittäisen naisen, hänen perheensä tai – epäsuorasti – väestön tasolla. Lääkäreitä suostutellaan sekä medikaalisilla että ei-medikaalisilla tarpeilla, mutta valmisteen käytölle ei aina anneta erityisiä perusteluja. Tällöin mainoksen keskiössä on pillerin teknisten ominaisuuksien kuvaus. Lääkäri voidaan asettaa asemaan, josta käsin hänen tehtäväkseen rajataan teknisesti parhaan valmisteen valitsemiseen potilaalle. Pillerin ominaisuuksien kehuminen on suostuttelutavoista tärkein, jos mittarina käytetään sitä, kuinka suuressa osassa mainoksista tiettyä suostuttelun tapaa käytetään. Mainosten kuvat ryhmittelin teknisiin ja mielikuvia luoviin kuviin. Tekniset kuvat havainnollistavat tuotteen ominaisuuksia, kun taas mielikuvia luovissa kuvissa liikutaan usein lääketieteellisen kontekstin ulkopuolella. Toisaalta myös valmisteen teknisiä ominaisuuksia voidaan luovasti havainnollistaa symbolisella kuvituksella. Selvästi alle puolet kaikista kuvista oli teknisiä ja reilusti yli puolet mielikuvia luovia. Mainonnan monipuolinen sisältö viittaa siihen, että tehtaot ovat pyrkineet suostuttelemaan monenlaisia lääkäreitä muodostamaan myönteisiä tulkintoja pilleristä.

Eri mainostyyppit poikkesivat sisällöltään toisistaan: lyhyet lehtimainokset eivät sisältäneet samassa määrin informaatiota kuin muut mainostyyppit, vaan niissä pyrittiin kiinnittämään lukijan huomio mielikuvia luovalla kuvituksella. Negatiivisia asioita nostettiin esille lehdissä vähän. Sitä vastoin oppaissa kerrottiin runsaasti informaatiota pillereistä

eri näkökulmista, mikä heijastui myös siihen, että niiden kuvitus oli lähinnä teknistä. Muut mainostyypit olivat lehtimainosten ja oppaiden välimuotoja.

Ajallisen tarkastelun perusteella jaksoa 1962–1965 voidaan nimittää pillerin ensiesittelyn vuosiksi. Uutta lääkettä esitellään mainoksissa kertomalla sen käyttötarkoituksista, toiminnasta ja monista käytännönläheisistä asioista kuten hinnoista. Toisaalta hyödynnetään myös symbolista kuvitusta, joka havainnollistaa pillerin ominaisuuksia. Valmisteseen liittyy alussa myös varovaisuutta aiheuttavaa epävarmuutta, mikä näkyy muun muassa kontraindikaatioiden ja lääkäriltä edellytettyjen varotoimenpiteiden esille tuomisessa. Alkuvaiheessa pillerin käyttö kytketään vahvasti medikaalisiin perusteisiin. Sitä mainostetaan varsin moneen käyttötarkoitukseen sopivana hormonilääkkeenä. Toisaalta myös lisääntymiskontrollin tarpeellisuutta perustellaan jonkin verran.

Personalisoimisen vuosina 1966–1969 mainosten informatiivinen sisältö vähenee. Valmistetta pyritään sen ominaisuuksien esittelyn jälkeen vakiinnuttamaan muilla keinoin kuin informaation jakamisella. Lääkärille esitellään sekä tekstin että kuvan kautta naiskäyttäjiä, joiden tyytyväisyyttä valmisteseen tahdotaan korostaa. Tyypillinen käyttäjä on hillitty, hienostunut ja melko nuori nainen, jolle pilleri mahdollistaa tasapainoisemman elämän. Pilleri tukee keski- tai ylempiluokkaisten naisten ydinperhekeskeistä elämäntyyliä. Ideaalikäyttäjä on muodikas ja aikaansa seuraava nainen, jonka hahmo sidotaan usein yhteen lapsen tai ydinperheen kanssa. Lapsia on kuitenkin vain yksi tai kaksi. Äidin ja rouvan lisäksi muita rooleja naisella on mainoksissa harvoin. Käyttäjän lisäksi vuosina 1966–1969 esille tulee enenevässä määrin sivuvaikutusten aiheuttamista ongelmista, mikä näkyy hormonien sopivaa määrää tai tasapainoa koskevien viitteiden yleistymisenä.

Vuosien 1970–1973 aikana mainoksissa siirrytään uudelleen informaatiokeskeiseen ja tieteellisyyttä painottavaan suuntaan. Esille nousee tieteellisten vetoomusten sävyttämä keskustelu hormoneista. Ajanjaksoa luonnehtii yritys käsitellä sivuvaikutusten muodostamaa ongelmaa. Ongelmat pyritään esittämään uuden teknologian myötä ratkaistuiksi tai vaihtoehtoisesti niitä pehmennetään luonnollistamisen avulla (Pinch & Bijker 1989, 44–46). Vaikka sivuvaikutuksia kuvaillaan mainoksissa suoremmin, niitä vähätellään. Kuvituksen painopisteen muutos noudattelee tekstissä esiintyviä muutoksia lukuun ot-

tamatta elämäntyylikuvien yleistymistä. Elämäntyylikuvissa pilkahtelee keskiluokkaisen nuoren rouvan sijaan uusi, nuori ja menevä nainen. Perhekeskeistä naiskuvaa ei kuitenkaan tästä huolimatta hylätä.

Suostuttelukeinot havainnollistavat mainoksissa kahta teknologian sosiaalisen rakentamisen ja muotoilun kannalta relevanttia asiaa: teknologian ominaisuudet aktualisoituvat vasta, kun se asettuu sosiaaliseen kontekstiin. Pilleriin liitetyn tehokkuuden ja turvallisuuden toteutuminen edellytti yhteistyötä käyttäjän, lääkärin ja lääketehaan välillä. Toinen havainto liittyy käyttäjän, lääkärin ja lääketehaan muodostaman yhteenliittymän jatkuvaan liikkeeseen. Teknologiaa muotoillaan yhä uudelleen, jolloin lääkäreiltä ja käyttäjiltä odotetaan uusiin asioihin mukautumista. Vastaavasti lääkäreiden ja käyttäjien kokemukset ja näkemykset kannustavat tehtaita tuotekehittelyn jatkamiseen. Pillerin yleistymisestä ja sen hyväksyttävyyden lisääntymisestä huolimatta mitään ehdotonta sulkeumavaihetta ei saavuteta tai sitä on vaikeaa erottaa, sillä käsitykset teknologian ominaisuuksista ja merkityksistä muuttuvat samalla, kun itse teknologiaa sekä sen käytön ehtoja muokataan edelleen (Topo 1997, 22).

10 Pohdinta

Onnistuin vastaamaan asettamiini kysymyksiin osittain. Ongelmia esiintyi pääasiassa tarvittavien tietojen saatavuudessa. Toinen työni pulma liittyy tasapainotteluun kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen lähestymistavan välimaastossa. Sisällön erittelystä huolimatta havaintojen yleistettävyyttä ei ole tilastollista, sillä edustavan otoksen tekeminen mainosten kokonaisuudesta ei perusjoukon tuntemattomuuden vuoksi ollut mahdollista. Mainonnan määrää koskevat tarkastelutkin ovat täysin kattavia pelkästään lehtimainonnan osalta. Aineiston luonteen vuoksi lähestyin sitä laadullisesta näkökulmasta käsin. Pyrin kuitenkin kokoamaan keräämästäni materiaalista laajan läpileikkausaineiston. Suuri aineisto tuotti mainosten sisällöllisten piirteiden kylläntymistä. Ellei joitakin mainoksia systemaattisesti jäänyt tarkasteluni ulkopuolelle, aineistossani ilmenevät pillerimainosten yleiset peruspiirteet. Lehtien ja pienpainatekokoelman mainosten yhtäaikainen tarkastelu vähentää systemaattisen poisjäännin riskiä, minkä vuoksi pidän sitä epätodennäköisenä. Tulosten yleistettävyyttä tukee lisäksi niiden peilaaminen kirjallisuutta ja historiallista kontekstia vasten.

Erittelyni mainosten keskeisistä sisällöistä vastaa kohtuullisen hyvin niitä havaintoja, joita 1960- ja 1970-luvun reseptilääke- ja ehkäisy pillerimainonnasta on tehty. Mainosten sisällöllä on selviä yhteyksiä pillerin syntyhistorian aikaisiin tapahtumiin ja järjestykseen. Pillerin tieteellistä perustaa halutaan korostaa, mutta samalla tuodaan esille sen luonnollisuus. Ristiriitainen jännite luonnollisuuden ja luonnon hallitsemisen välillä näkyi myös omassa aineistossani. (Oudshoorn 1994, 167–168; Watkins 1998, 38; Marks 2001, 130–131.) Lisäksi sivuvaikutusten vähättely oli läpikäymieni mainosten keskeinen piirre (Watkins 1998, 36–39). Käyttäjät esitettiin sosiaalista järjestystä myötäilevinä hahmoina erityisesti 1960-luvun alussa (ks. Tone 2006, 261–262). Muutamia tarkasteliani mainoksista olivat lähes suoria käännöksiä ulkomaisista mainoksista. Mainosten naiskuvista löytyy myös mielenkiintoisia yhtäläisyyksiä saman aikakauden amerikkalaisen psyykenlääkemainonnan naiskuvastoon, jonka yhteydessä on esitetty tietynlaisen sukupuolikuvausten tukevan vallitsevaa arvomaailmaa (Metzl 2003, 127–163, 231).

Käyttäjän esittelemisen ei kuitenkaan ole ollut aivan yksipuolista, sillä joskus harvoin nainen saatettiin kuvata esimerkiksi työpaikallaan. Lisäksi käyttäjäkuviin oli myös määrätietoisia ja itsevarmoja naisia. Heidän joukkoonsa liittyi 1970-luvun alussa nuori ja naimaton nainen, joka toi mukanaan uudenlaisen nuorisoelämäntyylin. Selkeimmin tavanomaisesta muotista erottuvat käyttäjäkuvat löytyivät suomalaisten tehtaisten mainoksista. Pillerimainoksissa ilmeni samankaltaisia periodisia ja sisällöllisiä muutoksia muun muassa naiskuvan suhteen kuin muussakin suomalaisessa mainonnassa (ks. Heinen & Kontinen 2001, 307–309). Kotimaiset tehtaist mainokset reagoivat ulkomaisia tehtaist mainontaan notkeammin suomalaisen yhteiskunnan ja erityisesti naisen roolin muutokseen.

Lääkäreille pilleri esiteltiin aluksi laaja-alaisena hormonilääkkeenä erilaisiin häiriötiloihin. Lääketieteelliset indikaatiot ovat voineet aluksi lisätä kiinnostusta sitä kohtaan. Toisaalta pillerille annettiin jo varhain ei-medikaalisiakin käyttökohteita. Perusteina pillerin käytölle tuotiin esille potilaan tarve, yksittäisten naisten itsehallinnan tukeminen ja naisen reproduktioelimistön hallinnan kautta tapahtuva perheonnan tukeminen. Sisällöllinen tarkastelu ei vastaa siihen, onnistuiko tällainen mainostus vetoamaan lääkäreihin. Asemansa vakiinnuttaneiden lääketehdosten mainonta antoi kuitenkin ehkä myös Suomessa yleistä legitimizeettiä valmisteelle (Watkins 1998, 39). Lääkärien omaksu-

mispäätös taas edesauttoi pillerin julkista hyväksymistä. Lääkäreiden hyväksynnän myötä tuli konkreettisesti mahdolliseksi kytkeä pillerireseptien kirjoitus osaksi hyvinvointivaltion terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa.

Mainosten sisältämän teknisen tiedon määrä houkuttelee esittämään väitteen siitä, että merkityksellisin tekijä monien lääkäreiden omaksumispäätöksen kannalta olivat tietyt pillerin lääketieteellisen kontekstin kanssa yhteensopivat piirteet, joita mainoksissakin korostettiin. Pillerin toimintamekanismi liitti sen reproduktiofysiologiaan, joka kuului gynekologien ja obstetrikkojen toimialaan. Pillerin toiminta naisruumiin rajojen sisällä aiheutti sen, että lääkäreiden täytyi ottaa jonkinlainen kanta uuteen innovaatioon. Myönteisen kannan syntymistä edisti ehkä luonnollisuusrinnastusten kautta ymmärrettäväksi ja hyväksyttäväksi tehty toimintamekanismi. Pillerin todistettu tehokkuus teki siitä tieteelliseltäkin kannalta luotettavan innovaation. Lisäksi ehkäisypillerin käyttöön liittyvät vaarat ja riskit tekivät siitä sellaisen valmisteen, jota lääkärin olisi naisen terveyden turvaamiseksi pystyttävä kontrolloimaan.

Olisi mielenkiintoista selvittää lääkäreiden aikanaan tekemien omaksumispäätösten syitä, mutta haastattelututkimuksen toteuttaminen 40–50 vuoden takaisista tapahtumista tuskin tuottaisi kovin käyttökelpoista tietoa. Mainonnassa käytettyjen suostuttelukeinojen merkittävyyden puolesta puhuu kuitenkin se, että Warpeniuksen (1997b, 77–86) esittelemät pillerin vaarojen kesytyksen tavat tulevat riskien vertailua lukuun ottamatta esille mainoksissa *ennen* kuin suomalaiset asiantuntijat muuttuvat niihin nojaaviksi konsulteiksi. Riskien vertailu tulee mainoksissa esille vasta 1970-luvulla.

Pillerin ilmestyminen lääketieteellisen kontekstiin ajoittuu niihin vuosiin, joiden aikana Suomessa käynnistyivät van de Kaan (1987) ja Lesthaeghen (1995) kuvaamat toiseen demografiseen transitiioon liittyvät muutokset. Muutokset voimistuivat edelleen 1970-luvulla. Pillerin ja yleisemmin modernin ehkäisytieteologian leviämistä ei nähdäkseen voi erottaa omaksi ilmiökseen muista aikakauden muutoksista, koska ne ovat olleet sidoksissa toisiinsa. Toisen demografisen transition teorian sisältämä mentaliteetin muutos heijastuu mainoksiin hitaasti 1970-luvun uusien naishahmojen myötä. Naisen onnen esitettiin 1960-luvun alussa löytyvän lapsista, mutta tarkastelujakson loppua kohden esille nousivat vähitellen opiskelu, työ ja harrastukset. Perhekuvat heijastelevat sodan-

jälkeisiä ajatuksia onnellisesta perheestä. Perheen pieni koko, elintason korostaminen ja yksittäisen käyttäjän esille nostaminen ovat kuitenkin muutoksia enteileviä elementtejä.

Lääketehtaiden mainonta on mukaillut ajan henkeä, mutta lähellä muutoksen kärkeä se ei ole kulkenut. Pilleriä käyttävien ryhmä näyttää laajentuneen keskiluokkaisten avio- vaimojen ulkopuolelle nopeammin kuin mainosten perusteella voisi kuvitella. Naimat- tomille naisille pillerireseptejä 1960-luvulla kirjoittaneet lääkärit ovat saaneet virikkeen- sä jostakin muualta kuin lääkemainonnasta. Mainoksia voi luonnehtia maltillisen kon- servatiivisiksi. Mainosten sisältö on ollut sidoksissa siihen arvomaailmaan, jota julki- suudessa oli ennen pillerin leviämistä vaalittu. Pillerin haluttiin esittää sovinnaisena uutuutena, modernin mutta perhekeskeisen elämäntyylin turvaajana. Mainoksista ajatus pillerin sosiaalisesta vallankumouksellisuudesta ei saa tukea. Käsitys pillerin käänteen- tekevyydestä on ehkä ylipäätään muotoutunut vasta, kun pilleristä on tullut niin vakiin- tunut osa ihmisten arkea, että on muuttunut vaikeaksi kuvitella elämää ilman sitä.

Rajatumpi ja jäsennellympi teoreettinen viitekehys olisi voinut avata vielä syvällisempiä näköaloja aineistoon. Toisaalta aineistolähtöinen lähestymistapa on mielestäni ollut pil- lerimainonnan kaltaisen vähän tutkitun aiheen kannalta hedelmällinen. Jatkotutkimuk- sen kohteita löytyy muun muassa potilaille tarkoitetun ohjemateriaalin vertailusta lääkä- reille suunnattuun mainontaan ja uudempien pilleri- tai ehkäisyvälinemainosten suhteut- tamisesta 1960- ja 1970-luvun mainoksiin. Myös kvantitatiiviset tarkastelut ehkäisyvä- lineiden yleistymisen ja hedelmällisyyden yhteydestä olisivat kiinnostavia, jos varhaisil- ta vuosilta saisi hankittua lisätietoa pillereiden myynnistä.

Lukemani kirjallisuus, tekemäni tarkastelut ja työn aikana esille nousseiden kysymysten kirjo osoittavat kiehtovalla ja tutkimustyön kannalta haastavalla tavalla pillerin kytkey- tymisen eri ilmiöihin kemiallisten yhdisteiden maailmasta väestötasolle asti. Pilleritek- nologia vastasi ennen sitä syntyneeseen tarpeeseen rajoittaa lapsilukua. Pillerin leviämi- nen muokkasi kuitenkin yllättävin tavoin naisten – ja miesten – arkista elämää. Diffu- usio sysäsi myös teknologian muutosprosessiin, jolle ei näy loppua. Pillerin läheinen yh- teys lisääntymiseen, inhimillisen elämän perusilmiöön, tekee siitä sekä mielenkiintoisen tutkimuskohteen että herkullisen esimerkin, kun halutaan tarkastella uuden teknologian omaksumisen ja muuttuvan ihmiselämän suhdetta.

11 Aineistolähteet

Pienpainekekkoelma

Vuosi	Tyyppi	Yritys ja valmiste	Otsikko	Sivua
1962?	Esite	Leiras-Schering: Anovlar	Anovlar 12 kysymystä...	6
1963?	Opas	Ortho: Ortho-Novin	Ortho-Novin noretisteroni ja mestranoli-tabletit	18
1964?	Esite	Ciba: Noracyclin	CIBA Ratkaisu paljon keskustelua...	4
1964?	Esite	Searle: Ovulen	OVULEN Searle Uusi huomattava...	4
1964?	Kortti	Ciba: Noracyclin	Varmaan kontraseptioon Noracyclin	2
1964	Opas	Leiras-Schering: Anovlar 21	Anovlar 21	16
1965	Esite	Leiras-Schering: Anovlar 21	Anovlar 21 – hoitoon liittyviä tietoja lääkärille	4
1965?	Esite	Roussel: Previson	Perhesuunnittelu... Familjeplanering...	6
1967	Esite	Leiras-Schering: Primovlar	primovlar lähes täydellinen (taidelasikuvitus)*	6
1967?	Kortti	Lääke Oy: Sekvecon	PIENI STEROIDIRASITUS	2
1967	Opas	Orion: Serial 28	SERIAL 28	28
1968	Esite	Leiras-Schering: Primovlar	primovlar lähes täydellinen (patsaskuvitus)	6
1968	Esite	Searle: Ovulen	Ovulen 1 mg	6
1968	Kortti	Wyeth: Gentrol	100 % varmuus	2
1968	Opas	Organon: Lyndiol 2,5	LYNDIOL 2.5 Yli sadassa maassa...	24
1969	Esite	Searle: Ovulen, Ovulen Mite	SEARLE viitoittaa tien...	4
1969	Esite	Wyeth: Gentrol	GENTROL on oraalinen kontraseptiivi...	4
1970	Esite	Lääke Oy: E-Con	Nykyhetken käsityksiä...	12
1970	Esite	Searle: Demulen	Esittelemme Searle'n uuden e-pillerin...	6
1970	Kortti	Wyeth: Gentrol	GENTROL nykyaikainen... (oranssi tausta)	2
1970	Tiedote	Astra: Conlunett	10.70 Astra Lääkkeitä (sisälehtien 2-s. mainos)	2
1971?	Esite	Astra: Conlunett	Kannattaa katsoa kahdesti...	6
1971	Esite	Novo: Neo Delpregnin	Neo Delpregnin uusi kokeiltu valmiste...	4
1971	Opas	Novo: Neo Delpregnin	Neo Delpregnin uusi kokeiltu valmiste...	24
1972	Esite	Leiras-Schering: Neo-Primovlar	neo-primovlar Yhä useammat ja useammat...	4
1972	Esite	Organon: Exluton	Voiko raskauden ehkäisy olla...	14
1972?	Esite	Organon: Exluton, Lyndiol, Ovanon	täydellisin e-tablettien sarja	4
1972?	Esite	Organon: Ovanon	normofaasinen Ovanon	4
1972?	Kirje	Organon: Exluton	Arvoisa lääkäri Exluton ja fertiliteettihäiriöt	1
1972?	Kirje	Organon: Exluton	Arvoisa lääkäri Exluton ja glukoosimetabolia	1
1972?	Kirje	Organon: Exluton	Arvoisa lääkäri Exluton on Organonin uusi...	1
1972	Kirje	Organon: Lyndiol	Uusi LYNDIOL	1
1972?	Kortti	Organon: Exluton	17. vuosisata	2
1972?	Kortti	Organon: Exluton	4000 v. sitten	2
1972?	Kortti	Organon: Exluton	Kiina	2
1973	Esite	Leiras-Schering: Neo-Primovlar	Miksi kiireinen lääkäri... (kuvituksena liuskat)	6
1973	Esite	Organon: Ovanon	Ovanon on fysiologisin...	12
1973	Esite	Leiras-Schering: Microluton	Microluton mikropilleri raskauden ehkäisyyn	6
1973	Kirje	Leiras-Schering: Microluton	Uutuus Microluton vain yhtä hormonia...	2
1973	Kortti	Wyeth: Neo-Gentrol	NEO-GENTROL kiireiselle perheenäidille	2
1973	Kortti	Wyeth: Neo-Gentrol	NEO-GENTROL nuorelle vaimolle	2
1973	Kortti	Wyeth: Neo-Gentrol	NEO-GENTROL nuorelle äidille	2
1973	Opas	Wyeth: Microval	Microval (d-norgestreeli mikroannoksena)	16
1973	Opas	Organon: Exluton, Lyndiol, Ovanon	Ehkäisytablettien käyttäjää koskeva...	32

*HUOM. 1 Suluissa on tarkennuksia, mikäli ne ovat tarpeen mainoksen erottamiseksi esim. mainossarjasta.

Avioliitto ja lääkäri

Lehti	Yritys ja valmiste	Sivua
1962: 3	Searle: Conovid-E	1
1965: 2	Leiras-Schering: Anovlar	1
1965: 3	Organon: Lyndiol 2,5	1
1966: 2	Organon: Lyndiol 2,5	1
1966: 4	Medica: Anoncen	1
1966: 4	Organon: Lyndiol 2,5	1

Lääkäri ja yhteiskunta

Lehti	Yritys ja valmiste	Sivua
1967: 1	Medica: Anoncen	1
1967: 1	Organon: Lyndiol 2,5	1
1967: 2	Orion: Serial 28	0,1
1967: 3	Orion: Serial 28	0,1
1967: 4	Organon: Lyndiol 2,5	1
1968: 2	Medica: Anoncen	1
1968: 3	Organon: Lyndiol 2,5	1
1968: 4	Medica: Anoncen	1
1969: 2	Medica: Anoncen	1
1969: 4	Medica: Anoncen	1
1969: 4	Organon: Ovanon	1
1970: 1	Medica: Anoncen	1
1970: 2	Organon: Ovanon	1
1970: 3	Medica: Anoncen	1
1971: 2	Organon: Ovanon	1

Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti

Lehti	Yritys ja valmiste	Sivua
1965: 4	Orion: Volidan	1
1966: 2	Orion: Volidan	1
1966: 4	Organon: Lyndiol 2,5	1
1967: 3	Orion: Serial 28	1
1968: 2	Organon: Lyndiol 2,5	1
1968: 5	Organon: Lyndiol 2,5	1
1969: 1	Organon: Lyndiol 2,5	1

Suomen Lääkärilehti

Lehti	Yritys ja valmiste	Sivua
1962: 6	Leiras-Schering: Anovlar	2
1962: 30	(Organon:)* Lyndiol	2
1963: 6	Leiras-Schering: Anovlar	1
1963: 17	Leiras-Schering: Anovlar	1
1963: 17	Roussel: Previson	1
1963: 26	Searle: Conovid, Conovid-E	1
1963: 27	Leiras-Schering: Anovlar	1
1963: 28	Organon: Lyndiol	2
1963: 31	Ortho: Ortho-Novin	1
1964: 5	Parke-Davis: Norlestrin	1
1964: 9	Organon: Lyndiol	2

(Jatkuu yläoikealla)

(Jatkuu vasemmalta alhaalta)

Lehti	Yritys ja valmiste	Sivua
1964: 9	Orion: Volidan	0,6
1964: 11	Leiras-Schering: Anovlar 21	1
1964: 14	Leiras-Schering: Anovlar 21	1
1964: 17	Leiras-Schering: Anovlar 21	1
1964: 22	Leiras-Schering: Anovlar 21	1
1964: 25	Leiras-Schering: Anovlar 21	1
1964: 25	Searle: Ovulen	1
1964: 29	Searle: Ovulen	1
1964: 30	Leiras-Schering: Anovlar 21	1
1964: 34	Leiras-Schering: Anovlar 21	1
1965: 1	Orion: Volidan	1
1965: 5	Organon: Lyndiol 2,5	1
1965: 6	Leiras-Schering: Anovlar 21	2
1965: 10	Orion: Volidan	1
1965: 10	Ortho: Ortho-Novin	1
1965: 14	Leiras-Schering: Anovlar 21	2
1965: 14	Parke-Davis: Norlestrin	1
1965: 15	Ortho: Ortho-Novin	1
1965: 24	Orion: Volidan	0,8
1965: 26	Searle: Ovulen	2
1965: 27	Leiras-Schering: Anovlar 21	2
1965: 30	Ortho: Ortho-Novin	1
1965: 32	Leiras-Schering: Anovlar 21	1
1965: 32	Novo: Delpregnin	1
1965: 32	Organon: Lyndiol 2,5	1
1965: 32	Searle: Ovulen	2
1966: 3	Leiras-Schering: Anovlar 21	1
1966: 4	Novo: Delpregnin	1
1966: 7	Parke-Davis: Norlestrin	1
1966: 11	Ortho: Ortho-Novin	4
1966: 16	Novo: Delpregnin	1
1966: 16	Ortho: Ortho-Novin	4
1966: 17	Medica: Anoncen	1
1966: 22	Medica: Anoncen	1
1966: 26	Leiras-Schering: Anovlar mite	1
1966: 29	Novo: Delpregnin	1
1966: 30	Leiras-Schering: Anovlar mite	1
1966: 32	Leiras-Schering: Anovlar mite	1
1966: 32	Medica: Anoncen	1
1966: 35	Parke-Davis: Norlestrin	1
1966: 36	Orion: Volidan	1
1967: 9	LRI: Feminor Sequential	1
1967: 9	Orion: Serial 28	0,8
1967: 10	Orion: Serial 28	0,8
1967: 12	Orion: Serial 28	1
1967: 12	Orion: Serial 28	0,8
1967: 13	Orion: Serial 28	0,8
1967: 14	Leiras-Schering: Primovlar	1

(Jatkuu seuraavalla sivulla)

(Jatkuu edelliseltä sivulta)

Lehti	Yritys ja valmiste	Sivua
1967: 14	Lilly: Sequens	1
1967: 14	Novo: Delpregnin	2
1967: 16	Orion: Serial 28	1
1967: 17	Orion-BDH: Serial 28, Volidan	1
1967: 20	Orion: Serial 28	1
1967: 26	Orion: Serial 28	1
1967: 26	Parke-Davis: Norlestrin	1
1967: 28	Lääke: Sekvecon	1
1967: 30	Novo: Delpregnin	2
1967: 32	Leiras-Schering: Primovlar	1
1967: 32	Parke-Davis: Norlestrin	1
1967: 35	Wyeth: Gentrol	1
1968: 1	Organon: Lyndiol 2,5	1
1968: 5	Leiras-Schering: Primovlar	1
1968: 13	Leiras-Schering: Primovlar	1
1968: 19	Novo: Delpregnin	1
1968: 27	Leiras-Schering: Primovlar	1
1968: 30	Novo: Delpregnin	1
1968: 30	Searle: Ovulen	1
1968: 32	Searle: Ovulen, Ovulen mite	1
1969: 2	Organon: Lyndiol 2,5	0,5
1969: 3	Searle: Ovulen, Ovulen mite	1
1969: 7	Searle: Ovulen, Ovulen mite	1
1969: 8	Leiras-Schering: Primovlar	1
1969: 13	Searle: Ovulen, Ovulen mite	1
1969: 20	Leiras-Schering: Primovlar	1
1969: 23	Leiras-Schering: Primovlar	1
1969: 27	Leiras-Schering: Primovlar	1
1969: 28	Organon: Ovanon	0,5
1969: 29	Searle: Ovulen, Ovulen mite	1
1969: 30	Novo: Delpregnin	1
1969: 32	Searle: Ovulen, Ovulen mite	1
1969: 34	Leiras-Schering: Primovlar	1
1970: 2	Searle: Ovulen, Ovulen mite	1
1970: 3	Leiras-Schering: Primovlar	1
1970: 5	Astra: Conlunett	1
1970: 9	Novo: Delpregnin	1
1970: 10	Astra: Conlunett	1
1970: 10	Organon: Ovanon	1
1970: 11	Novo: Delpregnin	1
1970: 14	Leiras-Schering: Primovlar	1
1970: 14	Novo: Delpregnin	1
1970: 17	Leiras-Schering: Primovlar	1
1970: 33	Leiras-Schering: Primovlar	1
1971: 3	Leiras-Schering: Primovlar	1
1971: 6	Leiras-Schering: Primovlar	1
1971: 7	Astra: Conlunett 21, Conl. 28	1
1971: 7	Searle: Demulen	1

(Jatkuu yläoikealla)

(Jatkuu vasemmalta alhaalta)

Lehti	Yritys ja valmiste	Sivua
1971: 8	Orion: Volidan	1
1971: 9	Leiras-Schering: Primovlar	1
1971: 9	Novo: Delpregnin	1
1971: 11	Searle: Demulen	1
1971: 13	Leiras-Schering: Primovlar	1
1971: 14	Novo: Delpregnin	1
1971: 27	Searle: Demulen	1
1971: 28	Lääke: E-con	2
1971: 31	Orion: Volidan	1
1971: 35	Novo: Neo-Delpregnin	4
1972: 5	Leiras-Schering: Neo-Primovlar	1
1972: 9	Leiras-Schering: Neo-Primovlar	1
1972: 15	Astra: Mini-Pill	2
1972: 23	Leiras-Schering: Neo-Primovlar	1
1972: 24	Orion: Volidan	1
1972: 27	Searle: Demulen	1
1972: 28	Novo: Neo-Delpregnin	2
1972: 32	Novo: Neo-Delpregnin	2
1972: 34	Organon: Exluton	1
1973: 7	Leiras-Schering: Neo-Primovlar	2
1973: 11	Organon: Ovanon	2
1973: 11	Ortho: Orthonett	1
1973: 13	Organon: Ovanon	2
1973: 24	Leiras-Schering: Neo-Primovlar	2
1973: 24	Lääke: E-con	4
1973: 29	Ortho: Orthonett	1
1973: 31	Ortho: Orthonett	1

** HUOM. 2 Tehtaan nimeä ei ilmoitettu mainoksessa.

12 Kirjallisuus

Lait ja mietinnöt

Komiteanmietintö (1970a): A 8. Naisten asemaa tutkivan komitean mietintö.
 Komiteanmietintö (1970b): A 18. Lääketeollisuus- ja apteekkilaitoskomitean mietintö.
 Suomen asetuskokoelma 1930, No. 34. Laki vilpillisen kilpailun ehkäisemisestä.
 Suomen asetuskokoelma 1935, No. 227. Sterilisoimislaki.
 Suomen asetuskokoelma 1936, No. 139. Apteekkitavara-asetus.
 Suomen asetuskokoelma 1937, No. 322. Äitiysavustuslaki.
 Suomen asetuskokoelma 1944, No. 224. Laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista.
 Suomen asetuskokoelma 1950, No. 82. Laki raskauden keskeyttämisestä.
 Suomen asetuskokoelma 1961, No. 404. Tekijänoikeuslaki.
 Suomen asetuskokoelma 1963, No. 505. Laki apteekkitavaralain muuttamisesta.
 Suomen asetuskokoelma 1970, No. 239. Laki raskauden keskeyttämisestä.
 Suomen asetuskokoelma 1972, No. 66. Kansanterveyslaki.

Kirjalliset lähteet

Alasuutari, Pertti (1999): Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Alestalo, Matti (1985): Yhteiskuntaluokat ja sosiaaliset kerrostumat toisen maailmansodan jälkeen. Teoksessa Valkonen, Tapani, Alapuro, Risto, Alestalo, Matti, Jallinoja, Riitta & Sandlund, Tom: Suomalaiset. Yhteiskunnan rakenne teollistumisen aikana. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 101–200.

Alestalo, Matti & Uusitalo, Hannu (1986): Growth to Limits. The Western European Welfare States Since World War II. Offprint Finland. Berlin: de Gruyter.

Ariès, Philippe (1980): Two Successive Motivations for the Declining Birth Rate in the West. Population and Development Review 6 (4), 645–650.

Aromaa, Kauko, Cantell, Ilkka & Jaakkola, Risto (1979): Parisuhde yhä useammin virallisesti vahvistamaton. Sosiaalinen aikakauskirja 73 (1), 46–50.

Auvinen, Riitta (1991): Äitiyssuojelusta perhekasvatukseen. Teoksessa Taskinen, Ritva (toim.): Perheen puolesta. Väestöliitto 1941–1991. Helsinki: Väestöliitto, 205–242.

Bijker, Wiebe E. (1995): Of Bicycles, Bakelites, and Bulbs. Toward a Theory of Sociotechnical Change. Cambridge: The MIT Press.

Blomstedt, Jan (2003): Retoriikkaa epäilijöille. Helsinki: Loki-Kirjat.

Brunila, Tom (1966): Ehkäisytabletit ja muovikierukat syntyvyyden säännöstelyssä. Suomen Lääkärilehti 21 (15), 1307–1312.

Burke, Kenneth (1945): A Grammar of Motives. New York: Prentice-Hall.

Caldwell, John C. (2008): Three Fertility Compromises and Two Transitions. Population Research and Policy Review 27 (4), 427–446.

Caldwell, John C., Caldwell, Bruce K., Caldwell, Pat, McDonald, Peter F. & Schindlmayr, Thomas (2006): Demographic Transition Theory. Dordrecht: Springer.

Cerel-Suhl, Sylvia L. & Yeager, Bryan F. (1999): Update on Oral Contraceptive Pills. American Family Physician 60 (7), 2073–2084.

Cleland, John (2001): Potatoes and Pills. An Overview of Innovation-Diffusion Contributions to Explanations of Fertility Decline. Teoksessa Casterline, John B. (ed): Diffusion Processes and Fertility Transition. Selected Perspectives. Washington: National Academies Press, 39–65.

Cliquet, R. L. (1991): *The Second Demographic Transition: Fact or Fiction?* Population Studies vol. 23. Strasbourg: Council of Europe.

Coale, Ansley J. (1986): *The Decline of Fertility in Europe since the Eighteenth Century as a Chapter in Human Demographic History*. Teoksessa Coale, Ansley J. & Watkins, Susan Cotts (eds.): *The Decline of Fertility in Europe. The Revised Proceedings of a Conference on the Princeton European Fertility Project*. Princeton: Princeton University Press, 1–30.

Coale, Ansley, J. & Treadway, Roy (1986): *A Summary of the Changing Distribution of Overall Fertility, Marital Fertility, and the Proportion Married in the Provinces of Europe*. Teoksessa Coale, Ansley J. & Watkins, Susan Cotts (eds.) (1986): *The Decline of Fertility in Europe. The Revised Proceedings of a Conference on the Princeton European Fertility Project*. Princeton: Princeton University Press, 31–181.

Coale, Ansley J. & Watkins, Susan Cotts (eds.) (1986): *The Decline of Fertility in Europe. The Revised Proceedings of a Conference on the Princeton European Fertility Project*. Princeton: Princeton University Press.

Coleman, David (2004): *Why We Don't Have to Believe Without Doubting in the "Second Demographic Transition". Some Agnostic Comments*. Vienna Yearbook of Population Research vol. 2004, 11–24.

Coleman, James S., Katz, Elihu & Menzel, Herbert (1966): *Medical Innovation. A Diffusion Study*. New York: Bobbs-Merrill Company.

Conrad, Peter & Schneider, Joseph W. (1980): *Looking at Levels of Medicalization: A Comment on Strong's Critique of the Thesis of Medical Imperialism*. Social Science & Medicine 14 (1A), 75–79.

Davis, Kingsley (1945): *The World Demographic Transition*. Annals of the American Academy of Political and Social Science vol. 237, 1–11.

Deacon, David, Pickering, Michael, Golding, Peter & Murdock, Graham (2007): *Researching Communications. A Practical Guide to Methods in Media and Cultural Analysis*. London: Hodder Arnold.

Easterlin, Richard A. (1975): *An Economic Framework for Fertility Analysis*. Studies in Family Planning 6 (3), 54–63.

Easterlin, Richard A. & Crimmins, Eileen M. (1985): *The Fertility Revolution. A Supply-Demand Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.

Erkkola, Risto & Kontula, Osmo (1993): *Syntyvyyden säännöstely*. Teoksessa Kontula, Osmo & Haavio-Mannila, Elina (toim.): *Suomalainen seksi. Tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksesta*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 343–370.

Ervasti, Kaijus (1994): *Lapsenmurhat Suomessa. Oikeushistoriallinen tutkimus lapsenmurharikoksista Suomessa erityisesti autonomian aikana*. Helsingin yliopisto. Oikeuden yleistieteiden laitos. Lisensiaattityö.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998): *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Frejka, Tomas & Calot, Gérard (2001): *Cohort Reproductive Patterns in Low-Fertility countries*. Population and Development Review 27 (1), 103–132.

Frejka, Tomas & Ross, John (2001): *Paths to Subreplacement Fertility. The Empirical Evidence*. Teoksessa Bulatao, Rodolfo A. & Casterline, John B. (eds.): *Global Fertility Transition*. Population and Development Review vol. 27, supplement. New York: Population Council, 213–254.

Gauthier, Anne Hélène (1998): *The State and the Family. A Comparative Analysis of Family Policies in Industrialized Countries*. Oxford: Clarendon Press.

Giddens, Anthony (1992): *The Transformation of Intimacy. Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*. Stanford: Stanford University Press.

Goffman, Erving (1979): *Gender Advertisements*. Cambridge: Harvard University Press.

- Gustfield, Joseph R. (1989): *The Bridge over Separated Lands. Kenneth Burke's Significance for the Study of Social Action.* Teoksessa Simons, Herbert W. & Melia, Trevor (eds.): *The Legacy of Kenneth Burke.* Madison: The University of Wisconsin Press, 28–54.
- Hardinge, Tara (2005): *Analysis of Gendered and Sexual Imagery in Sexual Health Advertisements.* Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association. 12.8.2005. Philadelphia, USA.
- Hassani, Kobra Falah, Kosunen, Elise & Rimpelä, Arja (2006): *The Use of Oral Contraceptives Among Finnish Teenagers from 1981 to 2003.* *Journal of Adolescent Health* 39 (5), 649–655.
- Haug, Egil, Sand, Olav, Sjaastadt, Øysten V. & Toverud, Kari C. (1999): *Ihmisen fysiologia.* Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Heinonen, Olli P. (1962): *Remedia Fennica 1962.* Helsinki: Fennia.
- Heinonen, Olli P. (1964): *Remedia Fennica 1964.* Pitäjänmäki: Remedia Fennica.
- Heinonen, Olli P. (1965): *Remedia Fennica 1965.* Helsinki: Remedia Fennica.
- Heinonen, Olli P. (1966): *Remedia Fennica 1966.* Helsinki: Remedia Fennica.
- Heinonen, Olli P. (1967): *Remedia Fennica 1967.* Helsinki: Remedia Fennica.
- Heinonen, Olli P. (1968): *Remedia Fennica 1968.* Helsinki: Remedia Fennica.
- Heinonen, Olli P. (1969a): *Remedia Fennica 1969.* Helsinki: Remedia Fennica.
- Heinonen, Olli P. (1969b): *Remedia Fennica 1970.* Helsinki: Remedia Fennica.
- Heinonen, Olli P. (1971): *Remedia Fennica 1971.* Helsinki: Remedia Fennica.
- Heinonen, Olli P. (1972a): *Remedia Fennica 1972.* Helsinki: Remedia Fennica.
- Heinonen, Olli P. (1972b): *Remedia Fennica 1973.* Helsinki: Remedia Fennica.
- Heinonen, Visa & Konttinen, Hannu (2001): *Nyt uutta Suomessa! Suomalaisen mainonnan historia.* Helsinki: Mainostajien Liitto.
- Heiskala, Risto (2004): *Toiminta, tapa ja rakenne. Kohti konstruktionistista synteesiä yhteiskuntateoriassa.* Helsinki: Gaudeamus.
- Helén, Ilpo (1997): *Äidin elämän politiikka. Naissukupuolisuus, valta ja itsesuhde Suomessa 1880-luvulta 1960-luvulle.* Helsinki: Gaudeamus.
- Helén, Ilpo (2002): *Lääketieteen lupaus ja elämän politiikka.* *Sosiologia* 39 (2), 104–115.
- Helén, Ilpo & Yesilova, Katja (2003): *Vietti, väestö ja valinta. Seksuaaliterveyden kerrostumat Suomessa.* Teoksessa Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.): *Kansalaisuus ja kansanterveys.* Helsinki: Gaudeamus, 233–259.
- Hemminki, Elina (1973): *The Quality of Drug Advertisements in two Finnish Medical Journals. A Comparison between Psychotropic and Other Drug Advertisements.* *Social Science & Medicine* 7 (1), 51–59.
- Hemminki, Elina (1974): *Prescription of Psychotropic Drugs in Outpatient Care.* *Acta Universitatis Tamperensis. Series A* 58. *Lääketieteellisen tiedekunnan julkaisuja* 2. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hemminki, Elina (1987): *Terveystieteiden teknologia ja valta.* *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 24 (2), 85–92.
- Hemminki, Elina, Kangas, Ilka & Topo, Päivi (1992): *Lääketieteellinen teknologia ja vaihdevuodet. Esimerkki medikalisaatiosta.* Teoksessa Karisto, Antti, Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (toim.): *Terveystieteellinen tutkimus.* Porvoo: WSOY, 96–105.
- Hemminki, Elina & Pesonen, Terttu (1977): *An Inquiry into Associations between Leading Physicians and the Drug Industry in Finland.* *Social Science & Medicine* 11 (8–9), 501–506.

- Hirschman, Charles (2001): Comment. Globalization and Theories of Fertility Decline. Teoksessa Bulatao, Rodolfo A. & Casterline, John B. (eds.): *Global Fertility Transition. Population and Development Review* vol. 27, supplement. New York: Population Council, 116–125.
- Hirvonen, Erkki (1972): Ehkäisytabletit ja tromboemboliariski. *Suomen Lääkärilehti* 27 (3), 250–252.
- Hodgson, Dennis & Watkins, Susan Cotts (1997): Feminists and Neo-Malthusians: Past and Present Alliances. *Population and Development Review* 23 (3), 469–523.
- Hulkko, Jouko (1979): Population Development and Population Policy in Finland. *Yearbook of Population Research in Finland XVII 1979*. Helsinki: The Population Research Institute, 15–31.
- Inglehart, Ronald (1997): *Modernization and Postmodernization. Cultural, Economic and Political Change in 43 Societies*. Princeton: Princeton University Press.
- Inman, W. H. & Vessey, M. P. (1968): Investigation of Deaths from Pulmonary, Coronary, and Cerebral Thrombosis and Embolism in Women of Child-Bearing Age. *British Medical Journal* 2 (5599), 193–199.
- IPPF (1973): Mini Pill Approved by FDA. *IPPF Medical Bulletin* 7 (3), 3.
- Jallinoja, Riitta (1980): Miehet ja naiset. Teoksessa Valkonen, Tapani, Alapuro, Risto, Alestalo, Matti, Jallinoja, Riitta & Sandlund Tom: *Suomalaiset. Yhteiskunnan rakenne teollistumisen aikana*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 222–250.
- Jallinoja, Riitta (1983): Suomalaisen naisasialiikkeen taistelukaudet. Naisasialiike naisten elämäntilanteen muutoksen ja yhteiskunnallis-aatteellisen murroksen heijastajana. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Julkunen, Raija (1994): Suomalainen sukupuolimalli – 1960-luku käänteenä. Teoksessa Anttonen, Anneli, Henriksson, Lea & Nätkin, Ritva (toim.): *Naisten hyvinvointivaltio*. Tampere: Vastapaino, 179–201.
- Junod, Suzanne White & Marks, Lara (2002): Women's Trials. The Approval of the First Oral Contraceptive Pill in the United States and Great Britain. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 57 (2), 117–160.
- Juurinen, Aarno & Willamo, Harri (1968): Lääketeollisuuden toiminnasta. Puheenvuoro lääketeollisuudesta ja lääkekaupasta käytyyn keskusteluun. *Suomen Lääkärilehti* 23 (18), liite.
- Järvinen, Pentti A. (1965): Ehkäisytablettien vaikutuksesta maksan toimintaan. *Avioliitto ja lääkäri* 16 (3), 49–52.
- Kanula, Saara (2007): Täsmälääkkeellä elämänlaatua? Suomalaisen masennuslääkemainonnan tarkastelua. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.
- Karisto, Antti (2005): Suuret ikäluokat kuvastimessa. Teoksessa Karisto, Antti (toim.): *Suuret ikäluokat*. Tampere: Vastapaino, 17–58.
- Karsten, Anne-Marie & Karsten, Rolf (1973): Postia ja informaatiota. *Suomen Lääkärilehti* 28 (31), 2693–2694.
- Kivijärvi, Anneli (1997): Löytyykö sopiva pilleri? *Duodecim* 113 (12), 1169–1173.
- Klaukka, Timo (1989): Lääkkeiden käyttö ja käyttäjät Suomessa. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M 66. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Knodel, John & van de Walle, Etienne (1986): Lessons from the Past. Policy Implications of Historical Fertility Studies. Teoksessa Coale, Ansley J. & Watkins, Susan Cotts (eds.): *The Decline of Fertility in Europe. The Revised Proceedings of a Conference on the Princeton European Fertility Project*. Princeton: Princeton University Press, 390–419.
- Kontkanen, Pirjo (2006): Tekijänoikeudet yliopistotutkimuksessa ja -opetuksessa. Helsingin yliopisto. Oikeustieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Kosonen, Tapani (1962): Asiaton lääkkeiden mainonta. *Suomen Lääkärilehti* 17 (1), 5–6.
- Kosunen, Elise & Rimpeläinen, Matti (1997): Perhesuunnittelun palvelujärjestelmä. *Duodecim* 113 (12), 1198–1202.

Kosunen, Elise, Sihvo, Sinikka, Nikula, Minna & Hemminki, Elina (2004): Raskauden ehkäisy. Teoksessa Koponen, Päivikki & Luoto, Riitta (toim.): Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 54–61.

Kyttä, Kaisa & Tala, Jyrki (2008): Selvitys lääkemarkkinoinnin itsesääntelyjärjestelmästä. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 88. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.

Laitinen, Ahti (1973): Lääkärien asenteet yleiseen lääkemainontaan. Suomen Lääkärilehti 28 (25), 2092–2094.

Laitinen, Ahti (1977): Lääkkeiden käyttö yhteiskunnallisena kysymyksenä. Sosiologinen tutkimus lääkkeiden käytön yhteiskunnallisista yhteyksistä, erityisesti silmällä pitäen lääkkeiden mainontaa ja tuotannon, mainonnan sekä käytön valvontaa. Turun yliopisto. Sosiologian tutkimuksia, sarja B 16. Turku: Turun yliopisto.

Latour, Bruno (2005): Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Network-Theory. Oxford: Oxford University Press.

Leiss, William, Kline, Stephen, Jhally, Sut & Botterill, Jacqueline (2005): Social Communication in Advertising. Consumption in the Mediated Marketplace. New York: Routledge.

Leppo, Kimmo (1978): Contraception in Finland in a Public Health Perspective. Population Research Institute, Series D 5. Helsinki: Population Research Institute.

Leridon, Henri (2006): Demographic Effects of the Introduction of Steroid Contraception in Developed Countries. Human Reproduction Update 12 (5), 603–616.

Lesthaeghe, Ron (1995): The Second Demographic Transition in Western Countries. An Interpretation. Teoksessa Mason, Karen Oppenheim & Jensen, An-Magritt (eds.): Gender and Family Change in Industrialized Countries. Oxford: Oxford University Press, 27–62.

Lindgren, Jarl (1979): A New Phenomenon: Cohabitation outside Marriage. Yearbook of Population Research in Finland XVII 1979. Helsinki: The Population Research Institute, 53–57.

Lutz, Wolfgang (1987): Factors Associated with the Finnish Fertility Decline Since 1776. Population Studies 41 (3), 463–482.

Luukkainen, Tapani & Nilsson, Carl Gustaf (1987): Hormonikierukka. Duodecim 103 (9), 572–577.

Lähteenmäki, Pekka (1987): Hormonaalisen ehkäisyn hyödyt ja riskit. Duodecim 103 (9), 525–531.

Lääkintöhallitus (1969): Lääkintöhallituksen tiedotuksia. Suomen Lääkärilehti 24 (6), 508.

Lääkintöhallitus (1972a): Lääkintöhallituksen tiedotuksia. Suomen Lääkärilehti 27 (24), 2242–2245.

Lääkintöhallitus (1972b): Ohjeita kansanterveyslain edellyttämästä raskauden ehkäisyneuvonnasta. DN: o 10868/09/72. Helsinki 18.10.1972. Terveys ja hyvinvoinnin laitoksen arkisto.

Lääkintöhallitus (1977): E-pillereiden myynti Suomessa VV 1972–1976. Tilastoja farmaseuttisten erikoisvalmisteiden / lääkevalmisteiden kulutuksesta ja myynnistä 1968–1988. Lääkintöhallituksen apteekkitoimisto. Kansallisarkisto.

Lövdahl, Ulrica & Riska, Elianne (1997): Gender Display in Psychotropic Drug Advertisements in Nordic Medical Journals. Teoksessa Riska, Elianne (ed.): Images of Women's Health. The Social Construction of Gendered Health. Publications of The Institute of Women's Studies at Åbo Akademi University 10. Åbo: Åbo Akademi, 79–106.

Maaseutukollega (nimim.) (1966): Ehkäisytabletit syntyvyyden säännöstelyssä. Suomen Lääkärilehti 21 (6), 476.

MacKenzie, Donald & Wajcman, Judy (1999): Introductory Essay. The Social Shaping of Technology. Teoksessa MacKenzie, Donald & Wajcman, Judy (eds.): The Social Shaping of Technology. Maidenhead: Open University Press, 3–27.

Marks, Lara V. (2001): Sexual Chemistry. A History of the Contraceptive Pill. New Haven: Yale University Press.

Mason, Karen Oppenheim (1997): Explaining Fertility Transitions. Demography 34 (4), 443–454.

May, Elaine Tyler (2010): *America and the Pill. A History of Promise, Peril, and Liberation*. New York: Basic Books.

McKinlay, John B. (1981): From "Promising Report" to "Standard Procedure". Seven Stages in the Career of a Medical Innovation. *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society* 59 (3), 374–411.

McLaren, Angus (1990): *A History of Contraception. From Antiquity to the Present Day*. Oxford: Basil Blackwell.

Medica (1958): TACE. Oraallinen erittäin pitkävaikutuksinen estrogeeni. Helsinki: Oy Weilin & Göös Ab. Kansalliskirjaston pienpainatekokoelma.

Medical Research Council (1967): Risk of Thromboembolic Disease in Women Taking Oral Contraceptives. A Preliminary Communication to the Medical Research Council by a Subcommittee. *British Medical Journal* 2 (5548), 355–359.

Medley-Rath, Stephanie R. & Yasumoto, Saori (2007): Marketing Oral Contraceptives. Treating Acne, Limiting Periods, and Preventing Pregnancy. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association. 11.8.2007. New York City, USA.

Meskus, Mianna (2003): Väestön elinvoima ja tahallinen keskenmeno. Raskauden keskeyttämisen politisoituminen 1900-luvun alun Suomessa. Teoksessa Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.): *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Helsinki: Gaudeamus, 211–232.

Metzl, Jonathan Michel (2003): *Prozac on the Coach. Prescribing Gender in the Era of Wonder Drugs*. Durham: Duke University Press.

Moring, Inka (1998): Tee se itse -teoria. Grounded theory mediatutkijan työkaluna. Teoksessa Kantola, Anu, Moring, Inka & Väliverronen, Esa (toim.): *Media-analyysi. Tekstistä tulkintaan*. Lahti: Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus, 229–258.

Murphy, Michael (1993): The Contraceptive Pill and Women's Employment as Factors in Fertility Change in Britain 1963–1980. A Challenge to the Conventional View. *Population Studies* 47 (2), 221–243.

Myrskylä, Mikko, Kohler, Hans-Peter & Billari, Francesco C. (2009): Advances in Development Reverse Fertility Trends. *Nature* 460 (7256), 741–743.

Nieminen, Usko (1966): Kontraseptiiveistä äitiyshuollon puitteissa. *Suomen Lääkärilehti* 21 (26), 2074–2076.

Notestein, Frank W. (1945): Population – the Long View. Teoksessa Schultz, Theodore W. (ed.): *Food for the World*. Chicago: University of Chicago Press, 36–57.

Nyman, Kauko (1971): Ehkäisytablettien käyttö Suomessa vuonna 1968. Kansaneläkelaitoksen julkaisusarja E 33. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen Sosiaaliturvan tutkimuslaitos.

Nätkin, Ritva (1994): Väestöpolitiikka, abortti ja äitiys. Hyvinvointivaltion ammattilaisten ja naisten suhteen tarkastelua. Teoksessa Anttonen, Anneli, Henriksson, Lea & Nätkin, Ritva (toim.): *Naisten hyvinvointivaltio*. Tampere: Vastapaino, 129–155.

Ortner, Sherry B. (1972): Is Female to Male as Nature is to Culture? *Feminist Studies* 1 (2), 5–31.

Oudshoorn, Nelly (1994): *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*. London: Routledge.

Palmén, A. J. (1966): Mainokset maanvaivana. *Suomen Lääkärilehti* 21 (14), 1232–1233.

Palolampi, Eero & Leppo, Kimmo (1966): Suunnittelematonta perhesuunnittelua. Teoksessa Taipale, Ilkka (toim.): *Sukupuoleton Suomi*. Helsinki: Tammi, 52–64.

Pinch, Trevor J. & Bijker, Wiebe E. (1989): The Social Construction of Facts and Artifacts. Or How the Sociology of Science and the Sociology of Technology Might Benefit Each Other. Teoksessa Bijker, Wiebe E., Hughes, Thomas P. & Pinch, Trevor J. (eds.): *The Social Construction of Technological Systems. New Directions in the Sociology and History of Technology*. Cambridge: The MIT Press, 17–50.

Pitkänen, Kari (1988): Väestöntutkimus ja yhteiskunta. Suomalaisen väestöntutkimuksen historia 1700-luvulta noin vuoteen 1950. Suomen Väestötieteen Yhdistyksen julkaisuja 11. Helsinki: Suomen Väestötieteen Yhdistys.

Pitkänen, Kari (2003): Contraception in Late Nineteenth- and Early Twentieth-Century Finland. *Journal of Interdisciplinary History* 34 (2), 187–207.

Pitkänen, Kari (2007): Sanasto. Teoksessa Koskinen, Seppo, Martelin, Tuija, Notkola, Irma-Leena, Notkola, Veijo, Pitkänen, Kari, Jalovaara, Marika, Mäenpää, Elina, Ruokolainen, Anne, Ryyänänen, Markku & Söderling, Ismo (toim.): Suomen väestö. Helsinki: Gaudeamus, 338–350.

Pulkkinen, M. & Söderlin, E. (1965): Oraalisten kontraseptiivien käytöstä Turun avioliittoneuvolapiirissä. *Avioliitto ja lääkäri* 16 (1), 4, 7–9.

Punnonen, Reijo (2004): Estrogeeniä koko elämä. Miten sukuhormonit vaikuttavat elimistössä ja ympäristössä. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Rautamo, Mari (1980): Valistusjärjestöstä toimeenpanevaksi väestöpoliittiseksi elimeksi. Väestöliiton syntyhistoria ja liiton toimintaa vuosina 1941–1960. Helsinki: Väestöliitto.

Reed, James (1978): From Private Vice to Public Virtue. The Birth Control Movement and American Society Since 1830. New York: Basic Books.

Reed, James (1985): Public Policy on Human Reproduction and the Historian. *Journal of Social History* 18 (3), 383–398.

Richards, Martin (2007): Assisted Reproduction, Genetic Technologies, and Family Life. Teoksessa Scott, Jacqueline, Treas, Judith & Richards, Martin (eds.): *The Blackwell Companion to the Sociology of Families*. Oxford: Blackwell, 478–498.

Riihinen, Olavi, Pulkkinen, Aimo & Ritamies, Marketta (1979): The Realization of Family Planning in Finland with Particular Reference to the Development in the 1970s. *Yearbook of Population Research in Finland* XVII 1979. Helsinki: The Population Research Institute, 32–44.

Rintala, Taina (1995): Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946–1991. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskusten tutkimuksia 54. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Riska, Elianne (1987): Läkärprofessionens förändrande ställning. En fallstudie av kvinnliga läkare i Finland. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 24 (2), 105–115.

Ritamies, Marketta (2006): Sinappikylvystä ehkäisy pilleriin. Suomalaisen perhesuunnittelun historia. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 44/2006. Helsinki: Väestöliitto.

Rivera, Roberto, Yacobson, Irene & Grimes, David (1999): The Mechanism of Action of Hormonal Contraceptives and Intrauterine Contraceptive Devices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 181 (5), 1263–1269.

Robertson, William H. (1990): An Illustrated History of Contraception. A Concise Account of the Quest for Fertility Control. Carnforth: The Parthenon Publishing Group.

Rogers, Everett M. (2003): *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.

Rouhunkoski, Mauri (1957): Contraception. *Avioliitto ja lääkäri* 8 (4), 128–129.

Rouhunkoski, Mauri (1962): Hedelmöitymisen ehkäisystä. *Duodecim* 78 (10), 472–476.

Ruokolainen, Anne & Notkola, Irma-Leena (2007): Hedelmällisyys. Teoksessa Koskinen, Seppo, Martelin, Tuija, Notkola, Irma-Leena, Notkola, Veijo, Pitkänen, Kari, Jalovaara, Marika, Mäenpää, Elina, Ruokolainen, Anne, Ryyänänen, Markku & Söderling, Ismo (toim.): Suomen väestö. Helsinki: Gaudeamus, 77–113.

Ryder, Norman B. (1972): Time Series of Pill and IUD Use. United States, 1961–1970. *Studies in Family Planning* 3 (10), 233–240.

Rämö, Matti (2010): Pieni ihme. *Helsingin Sanomat* 25.7.2010, C1–C2.

Sievers, Kai, Koskelainen, Osmo & Leppo, Kimmo (1974): *Suomalaisten sukupuolielämä*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Silverman, Milton & Lee, Philip R. (1974): *Pills, Profits and Politics*. Berkeley: University of California Press.

Stross, Jeffrey K. & Harlan, William R. (1979): The Dissemination of New Medical Information. *The Journal of the American Medical Association* 241 (24), 2622–2624.

Strömmer, Aarno (1991): Väestönkehitys ja väestöpolitiikka. Teoksessa Taskinen, Ritva (toim.): *Perheen puolesta. Väestöliitto 1941–1991*. Helsinki: Väestöliitto, 40–79.

Suhonen, Maija (1999): Kansalliskirjaston pienpainatekokoelma. *Helsingin yliopiston kirjaston tiedotuslehti* 41 (5), 12–14.

Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka (1997): Puhujakuva. Enonsiaation rakenteet. Teoksessa Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka (toim.): *Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys*. Helsinki: Gaudeamus, 96–126.

Sundström, Marina (1966): Onko lapsi rangaistus? Teoksessa Taipale, Ilkka (toim.): *Sukupuoleton Suomi*. Helsinki: Tammi, 65–77.

Summa, Hilka (1996): Kolme näkökulmaa uuteen retoriikkaan. Teoksessa Palonen, Kari & Summa, Hilka (toim.): *Pelkkää retoriikkaa. Tutkimuksen ja politiikan retoriikat*. Tampere: Vastapaino, 51–83.

Suomen Lääkärilehti (1972): Suhtautuminen mainospostiin 27 (22), 2097.

Suomen Lääkärilehti (1973): Kupari-T markkinoille Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 28 (6), 414–416.

Suomen Lääkäriliitto (1972): Suomen Lääkäriliiton hallituksen toimintakertomus vuodelta 1971. *Suomen Lääkärilehti* 27 (14), 1411–1435.

Taipale, Ilkka (1966a): Lähete lukijalle. Teoksessa Taipale, Ilkka (toim.) (1966): *Sukupuoleton Suomi*. Helsinki: Tammi, 7–8.

Taipale, Ilkka (toim.) (1966b): *Sukupuoleton Suomi*. Helsinki: Tammi.

Thompson, Eva Lynn (1979): Sexual Bias in Drug Advertisements. *Social Science & Medicine* 13 (2A), 187–191.

Thompson, Warren S. (1929): Population. *The American Journal of Sociology* 34 (6), 959–975.

Tilastokeskus (1967): Väestönmuutokset 1965. Suomen virallinen tilasto VI A 125. Helsinki: Tilastokeskus.

Tilastokeskus (1969): Väestönmuutokset 1966. Suomen virallinen tilasto VI A 127. Helsinki: Tilastokeskus.

Tilastokeskus (1973): Väestönmuutokset 1970. Suomen virallinen tilasto VI A 132. Helsinki: Tilastokeskus.

Tilastokeskus (1975): Väestönmuutokset 1971. Suomen virallinen tilasto VI A 133. Helsinki: Tilastokeskus.

Tilastokeskus (1978): Suomen tilastollinen vuosikirja 1977. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Tilastokeskus.

Tilastokeskus (2004): Suomen tilastollinen vuosikirja 2004. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Tilastokeskus.

Tommila, Päiviö & Tiitta, Allan (toim.) (2000): Suomen tieteen historia. 3, Luonnontieteet, lääketieteet ja tekniset tieteet. Porvoo: WSOY.

Tone, Andrea (2006): From Naughty Goods to Nicole Miller. *Medicine and the Marketing of American Contraceptives. Culture, Medicine and Psychiatry* 30 (2), 249–267.

Topo, Päivi (1997): Dissemination of Climacteric and Postmenopausal Hormone Therapy in Finland. An Example of the Social Shaping of a Medical Technology. Research reports 78. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health.

Tuomainen, Raimo, Myllykangas, Markku, Elo, Jyrki & Ryynänen, Olli-Pekka (1999): *Medikalisaatio. Aikamme sairaus*. Tampere: Vastapaino.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009): *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Turpeinen, Kaisa (1963): Kontraseptiivinen, suun kautta otettava tabletti. Lyndiol-tableteilla Väestöliiton Keskusneuvolassa suoritettu tutkimus. *Avoliitto ja lääkäri* 14 (4), 85–89.

Turpeinen, Kaisa (1967a): Ehkäisytablettien pitkäaikaisesta käytöstä saatuja kokemuksia. Väestöliiton Keskusneuvolan tutkimuksia. *Lääkäri ja yhteiskunta* 18 (4), 69–71.

Turpeinen, Kaisa (1967b): Väestöliiton kansanterveystyö v. 1966. *Avoliitto ja lääkäri* 18 (1), 3, 12–13.

Turpeinen, Kaisa (1968a): Hormoni-steroidit raskauden ehkäisyssä. Maailman terveysjärjestön tieteellisen ryhmän raportti. *Lääkäri ja yhteiskunta* 19 (4), 75–79.

Turpeinen, Kaisa (1968b): Tiedustelu lääkäreiden suhtautumisesta ehkäisyneuvontaan. *Lääkäri ja yhteiskunta* 19 (4), 65–67.

Turunen, Sakari (1968): Lääkkeiden muistutusmainonnasta. *Suomen Lääkärilehti* 23 (10), 888.

Töttö, Pertti (2000): *Pirullisen positivismin paluu. Laadullisen ja määrällisen tarkastelua*. Tampere: Vastapaino.

Utrio, Kaari (1996): *Familia. Eurooppalaisen perheen historia. 2, Ruusutarha, ryytimä: keskiaika 1000–1500*. Helsinki: Tammi.

Van Bavel, Jan (2010): Subreplacement Fertility in the West before the Baby Boom. Past and Current Perspectives. *Population Studies* 64 (1), 1–18.

van de Kaa, Dirk J. (1987): Europe's Second Demographic Transition. *Population Bulletin* 42 (1).

van de Kaa, Dirk J. (2001): Postmodern Fertility Preferences. From Changing Value Orientation to New Behaviour. Teoksessa Bulatao, Rodolfo A. & Casterline, John B. (eds.): *Global Fertility Transition. Population and Development Review* vol. 27, supplement. New York: Population Council, 290–331.

van de Kaa, Dirk J. (2002): The Idea of a Second Demographic Transition in Industrialized Countries. Paper presented at the Sixth Welfare Policy Seminar of the National Institute of Population and Social Security. 29.1.2002. Tokyo, Japan.

van de Kaa, Dirk J. (2004): Is the Second Demographic Transition a Useful Research Concept. Questions and Answers. *Vienna Yearbook of Population Research* vol. 2004, 4–10.

Van Den Bulte, Christophe & Lilien, Gary L. (2001): *Medical Innovation Revisited. Social Contagion versus Marketing Effort*. *American Journal of Sociology* 106 (5), 1409–1435.

Väestöliitto (1961): *XXI toimintavuosi*. Helsinki: Väestöliitto.

Väisänen, Raimo (1964): Syntyvyyden säännöstelystä. *Avoliitto ja lääkäri* 15 (4), 77–79.

Waldron, Ingrid (1977): Increased Prescribing of Valium, Librium, and Other Drugs. An Example of the Influence of Economic and Social Factors on the Practice of Medicine. *International Journal of Health Services* 7 (1), 37–62.

Warpenius, Katariina (1997a): Asiantuntija- ja maallikkokuvat ehkäisyvalistuksessa. Teoksessa Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka (toim.): *Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys*. Helsinki: Gaudeamus, 248–262.

Warpenius, Katariina (1997b): Asiantuntijavalta, riskit ja yksilöllistyminen. Tutkielma lääketieteen asiantuntijoiden raskauden ehkäisykeskustelusta Suomessa vuosina 1960–74. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Watkins, Elizabeth Siegel (1998): *On the Pill. A Social History of Oral Contraceptives, 1950–1970*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Watkins, Susan Cotts (1986): Conclusions. Teoksessa Coale, Ansley J. & Watkins, Susan Cotts (eds.): The Decline of Fertility in Europe. The Revised Proceedings of a Conference on the Princeton European Fertility Project. Princeton: Princeton University Press, 420–449.

Westoff, Charles F. & Ryder, Norman B. (1977): The Contraceptive Revolution. Princeton: Princeton University Press.

Willamo, Harri (1972): Uusi Lyndiol. Kirje Organonilta. Kansalliskirjaston pienpainatekokoelma.

Wilson, Chris (1999): Evolutionary Theory and Historical Fertility Change. Population and Development Review 25 (3), 531–541.

Winter, Irwin C. (1970): Industrial Pressure and the Population Problem. The FDA and the Pill. The Journal of the American Medical Association 212 (6), 1067–1068.

Zola, Irving Kenneth (1972): Medicine as an Institution of Social Control. Sociological Review 20 (4), 487–504.

Sähköiset lähteet

Alftan, Maria (2001): Kuin sukeltaisi sadan vuoden taakse. Helsingin Sanomat 8.6.2001.
<http://www.hs.fi/omaelama/artikkeli/Kuin+sukeltaisi++sadan+vuoden+taakse/HS20010608SI1TL01go5>
Luettu 23.8.2010.

Andersson, Gunnar, Knudsen, Lisbeth B., Neyer, Gerda, Teschner, Kathrin, Rønsen, Marit, Lappegård, Trude, Skrede, Kari & Vikat, Andres (2009): Cohort Fertility Patterns in the Nordic Countries. Demographic Research vol. 20, 313–352.
<http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol20/14/20-14.pdf>
Luettu 13.7.2010.

Bayer Schering Pharma Oy (2009a): Pakkausseloste. Diane Nova. Turku: Bayer Schering Pharma Oy.
<http://www.bayerscheringpharma.fi/html/pdf/pakkausselosteet/DianeNova.pdf>
Luettu 20.7.2010.

Bayer Schering Pharma Oy (2009b): Pakkausseloste: tietoa valmisteen käyttäjälle. Yasmin. Turku: Bayer Schering Pharma Oy.
<http://www.bayerscheringpharma.fi/html/pdf/pakkausselosteet/Yasmin.pdf>
Luettu 20.7.2010.

Cosgrove-Mather, Bootie (2004): Japanese Women Shun The Pill. CBSNews.com 20.8.2004.
<http://www.cbsnews.com/stories/2004/08/20/health/main637523.shtml>
Luettu 14.7.2010.

Fugh-Berman, Adriane, Alladin, Karen & Chow, Jarva (2006): Advertising in Medical Journals: Should Current Practices Change? PLoS Medicine 3 (6), 762–768.
<http://www.plosmedicine.org/article/fetchObjectAttachment.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030130&representation=PDF>

Gagnon, Marc-André & Lexchin, Joel (2008): The Cost of Pushing Pills. A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States. PLoS Medicine 5 (1), 29–33.
<http://www.plosmedicine.org/article/fetchObjectAttachment.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050001&representation=PDF>
Luettu 17.7.2010.

IMS Health (2010): Top-Line Industry Data. 2009 Global Prescription Sales Information. Global Pharmaceutical Sales, 2002–2009.
http://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/Content/StaticFile/Top_Line_Data/Global%20Pharmaceutical%20Market2009.pdf
Luettu 15.7.2010.

Kansalliskirjasto (2006a): Julkaisuryhmät.
<http://www.kansalliskirjasto.fi/kokoelmatjapalvelut/kokoelmat/pienpainatekokoelma/Files/liitetiedosto2/julkaisuryhmat.pdf>
Luettu 9.7.2010.

Kansalliskirjasto (2006b): Pienpainateryhmien sisällys.

http://www.kansalliskirjasto.fi/kokoelmat/apalvelut/kokoelmat/pienpainatekokoelma/Files/liitetiedosto2/pienpainateryhmien_sisallys.pdf

Luettu 9.7.2010.

Kortti, Jukka (2007): On the Cusp of Postwar Modernization. Americanization, International Culture, and Gender Roles in Finnish Commercials, 1955–1975. *Advertising & Society Review* 8 (4).

http://muse.jhu.edu.libproxy.helsinki.fi/journals/advertising_and_society_review/v008/8.4kortti.html

Luettu 6.7.2010.

Neslin, Scott (2001): Return on Investment Analysis of Pharmaceutical Promotion, Executive Summary. RxPromoROI, A Resource for Pharmaceutical Promotion ROI Results.

http://www.rxpromoroi.org/rapp/exec_sum.html

Luettu 17.7.2010.

Public Citizen's Congress Watch (2003): 2002 Drug Industry Profits. Hefty Pharmaceutical Company Margins Dwarf Other Industries. Washington: Public Citizen.

http://www.citizen.org/documents/Pharma_Report.pdf

Luettu 15.7.2010.

Saari, Vesa, Simula, Kimmo, Paavonen, Jouko, Nurminen, Esko & Eskelinen, Paavo (1968): Nuori avioliitto 4. TV1, Lasten ja nuorten toimitus. YLE.fi:n elävä arkisto.

<http://yle.fi/elavaarkisto/?s=s&g=5&ag=36&t=70&a=238>

Luettu 8.7.2010.

Stakes (2004): Pohjoismaiset raskaudenkeskeytystilastot. Tilastotiedote 32/2004.

http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/304830FC-E883-4767-9827-17132471106C/0/Tt32_04.pdf

Luettu 12.7.2010.

Statistical Research and Training Institute (ed.) (2009): The Japan Statistical Yearbook 2010. Table 2–25.

Standardized Vital Rates and Reproduction Rates. Statistics Bureau. Tokyo: Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications.

<http://www.stat.go.jp/data/nenkan/zuhyou/y0225000.xls>

Luettu 14.7.2010.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2010): Bevölkerungsstand.

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsstand.psm1>

Luettu 11.7.2010.

Tekijänoikeusneuvoston lausunto (1995): Mainos. Tekijänoikeuden loukkaus. Lausunto 1995:15.

http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Tekijaenoikeus/tekijaenoikeusneuvosto/tekijaenoikeusneuvoston_lausunnot/1995/1_iitteet/tn199515.pdf

Luettu 9.7.2010.

Tilastokeskus (2010a): Elävänä syntyneet sukupuolen mukaan 1751–2009. PX-Web Statfin -tietokanta.

http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=015_synt_tau_104_fi&ti=E1%E4v%E4n%E4+syntyneet+sukupuolen+mukaan+1751+%2D+2009&path=../Database/StatFin/vrm/synt/&lang=3&multilang=fi

Luettu 7.7.2010.

Tilastokeskus (2010b): Keskiväkiluku iän ja sukupuolen mukaan alueittain 1981–2006 vuoden 2006 aluejaolla.

PX-Web Statfin -tietokanta.

http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=106_vaerak_tau_109_fi&ti=Keskiv%E4kiluku+i%E4n+ja+sukupuolen+mukaan+alueittain+1981+%2D+2006+vuoden+2006++aluejaolla&path=../Database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=3&multilang=fi

Luettu 20.8.2010.

Tilastokeskus (2010c): Kokonaishedelmällisyys vuosina 1776–2009. PX-Web Statfin -tietokanta.

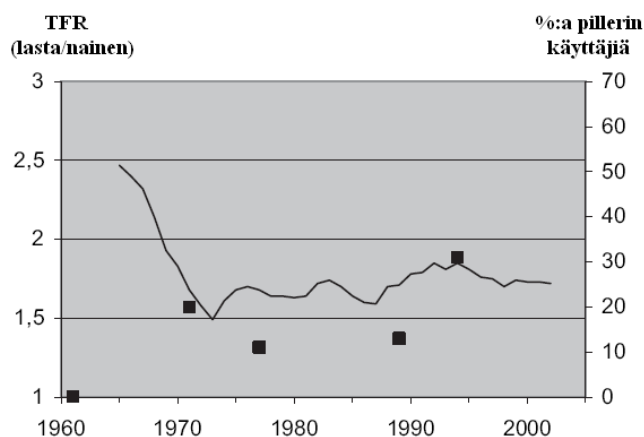
http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=010_synt_tau_101_fi&ti=Kokonaishedelm%E4llisyys+vuosina+1776+%2D+2009&path=../Database/StatFin/vrm/synt/&lang=3&multilang=fi

Luettu 7.7.2010.

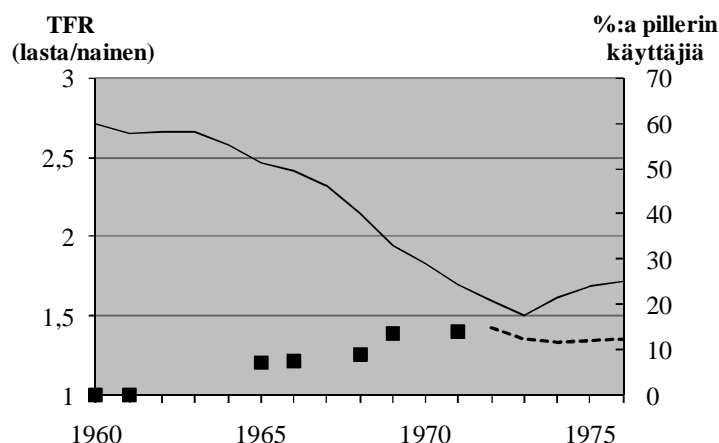
Tilastokeskus (2010d): Väestö iän (5-v.) ja sukupuolen mukaan koko maa 1865–2009. PX-Web Statfin -tietokanta.
http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=120_vaerak_tau_105_fi&ti=V%E4est%E4n+%285%2E%29+ja+sukupuolen+mukaan+koko+maa+1865+%2D+2009&path=../Database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=3&multilang=fi
Luettu 29.7.2010.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2002): Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen.
<http://www.tenk.fi/julkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>
Luettu 9.7.2010.

Liite 1: Kokonaishedelmällisyys ja ehkäisypillereiden yleistyminen



KUVIO 1. Kokonaishedelmällisyys (TFR, Total Fertility Rate) ja pillerin käyttäjien suhteelliset osuudet Suomessa vuosina 1960–2002. Viiva kuvaa kokonaishedelmällisyyttä. Neliöt osoittavat pillerin käyttäjien määrän prosentteina kumppanin kanssa asuvista 18–44-vuotiaista naisista. Lähde: Leridon 2006, 604–606.

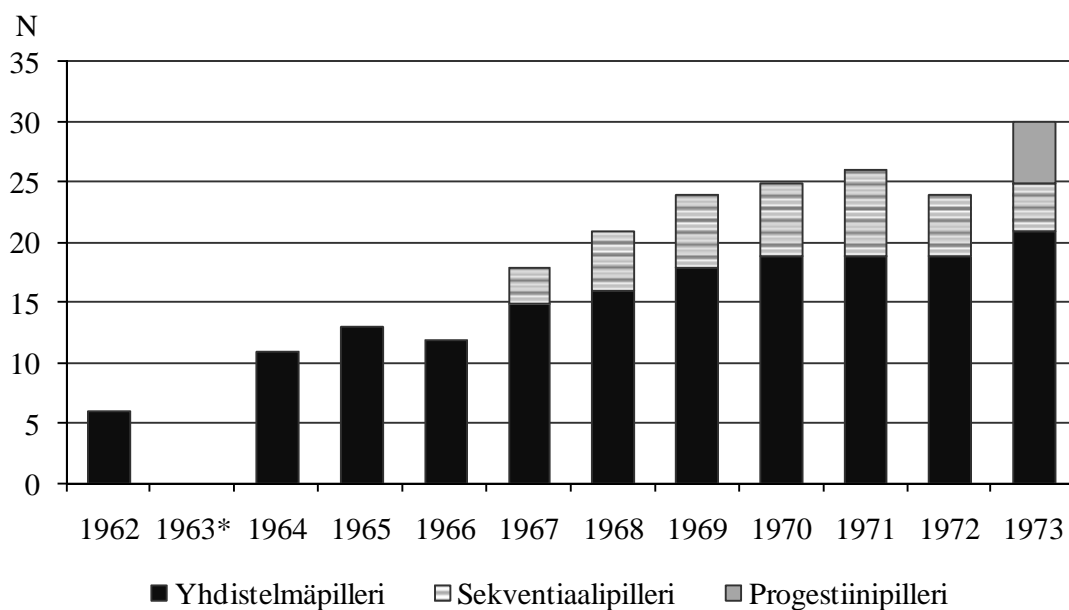


KUVIO 2. Kokonaishedelmällisyys (TFR) ja pillerin käytön yleistyminen Suomessa vuosina 1960–1976. Yhtenäinen viiva kuvaa kokonaishedelmällisyyttä. Neliöt osoittavat arvioidut käyttäjäosuudet kaikista 15–44-vuotiaista suomalaisnaisista. Katkoviiva kuvaa myyntilukujen perusteella laskettuja käyttäjäosuuksia. Lähteet: Auvinen 1991, 226; Brunila 1966, 1307; Tilastokeskus 1967, 10; Turpeinen 1967b, 12; Tilastokeskus 1969, 14; Nyman 1971, 9; Hirvonen 1972, 250; Tilastokeskus 1973, 44; Sievers ym. 1974, 417; Tilastokeskus 1975, 36; Lääkintöhallitus 1977; Tilastokeskus 2010c; Tilastokeskus 2010d.

HUOM. 1 Arvioin, että käyttäjien määrä 1960 oli nolla ja 1961 niin lähellä nollaa, että se voidaan pyöristää nollaan.

HUOM. 2 Osuudet on laskettu suhteuttamalla käyttäjämääräarviot kunkin vuoden 15–44-vuotiaiden naisten keskväkilukuun. Jos arvio koskee käyttäjien osuutta eri ikäryhmässä kuin 15–44-vuotiaat, väestörakenteen pohjalta on laskettu käyttäjien lukumäärä ja suhteutettu se 15–44-vuotiaiden naisten määrään. Jos samalle vuodelle on esitetty useita arvioita käyttäjämääristä, niistä on laskettu keskiarvo. Myyntiluvut vuosille 1972–1976 ilmoitettiin myytyjen kuukausipakkausten määrinä. Alkuperäiset Lääkintöhallituksen (1977) luvut: 1 845 437, 1 565 228, 1 492 374, 1 541 100 ja 1 579 000. Myyntiluvut on jaettu ensin kahdellatoista ja sen jälkeen 15–44-vuotiaiden naisten keskväkiluvulla.

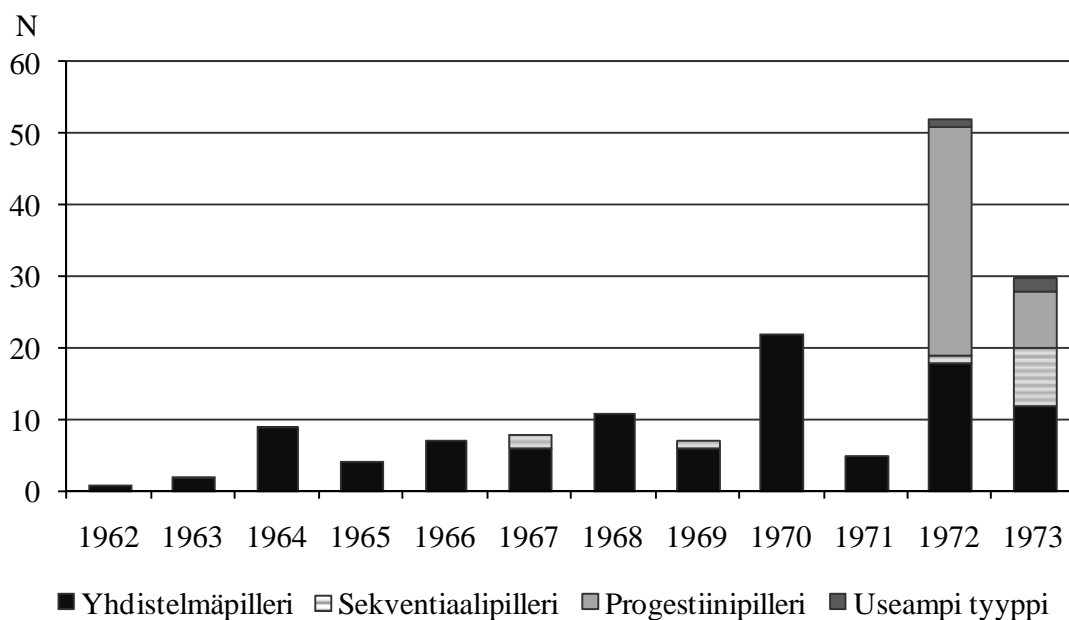
Liite 2: Ehkäisypillerimarkkinoiden ja -mainonnan tarkastelua



KUVIO 1. Vuosina 1962–1973 Suomessa markkinoilla olleiden ehkäisypillerityyppien määrä vuoden ja valmistetyypin mukaan. Lähteet: Heinonen 1962; 1964–1969b; 1971–1972b.

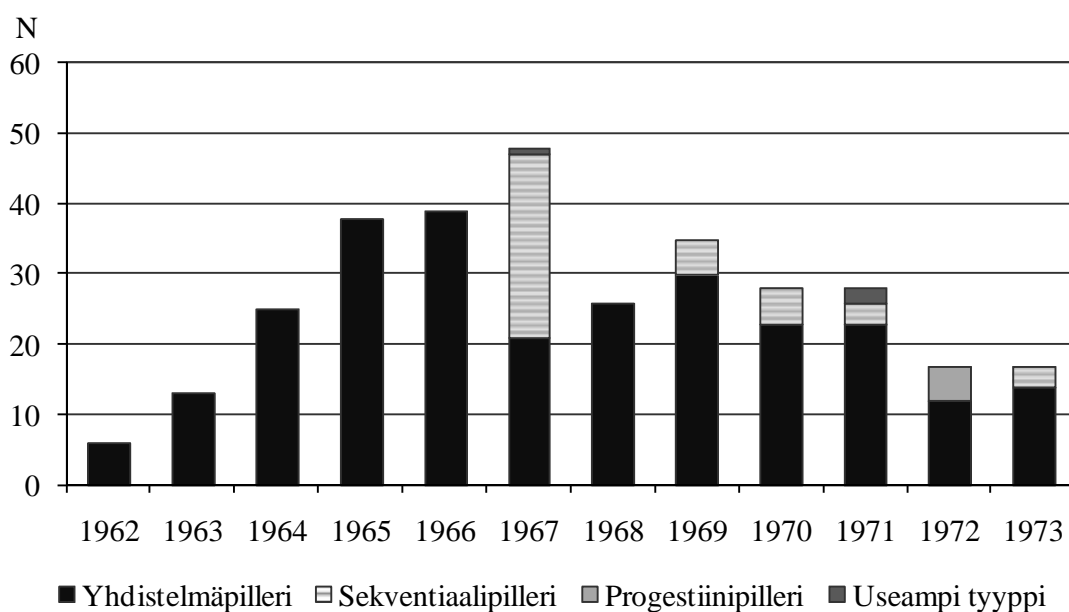
HUOM. 1 * = Tietoja ei saatavilla vuodelle 1963.

HUOM. 2 Vuodelta 1969 on jätetty pois Sarena-valmiste, koska kyseessä oli vaihdevuosien hoitoon tarkoitettu lääke.



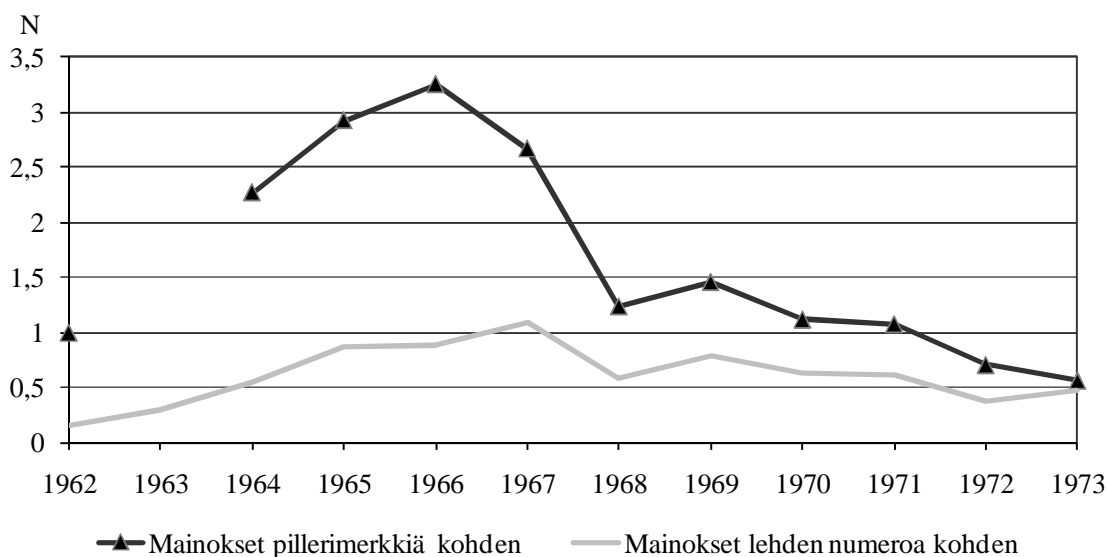
KUVIO 2. Pienpainatekokoelmasta kerättyjen mainosten määrä vuoden ja valmistetyypin mukaan, vuodet 1962–1973

HUOM. Esillä kortit, kirjeet, esitteet, tiedotteet ja oppaat. Ajoituksista arvioitu 1962: 100 %; 1963: 100 %; 1964: 89 %; 1965: 0 %; 1966: 29 %; 1967: 13 %; 1968: 0 %; 1969: 43 %; 1970: 5 %; 1971: 20 %; 1972: 35 % ja 1973: 30 %.



KUVIO 3. Ehkäisypillerimainosten määrä vuosina 1962–1973 lääkäreille suunnatuissa lehdissä vuoden ja valmistetyypin mukaan.

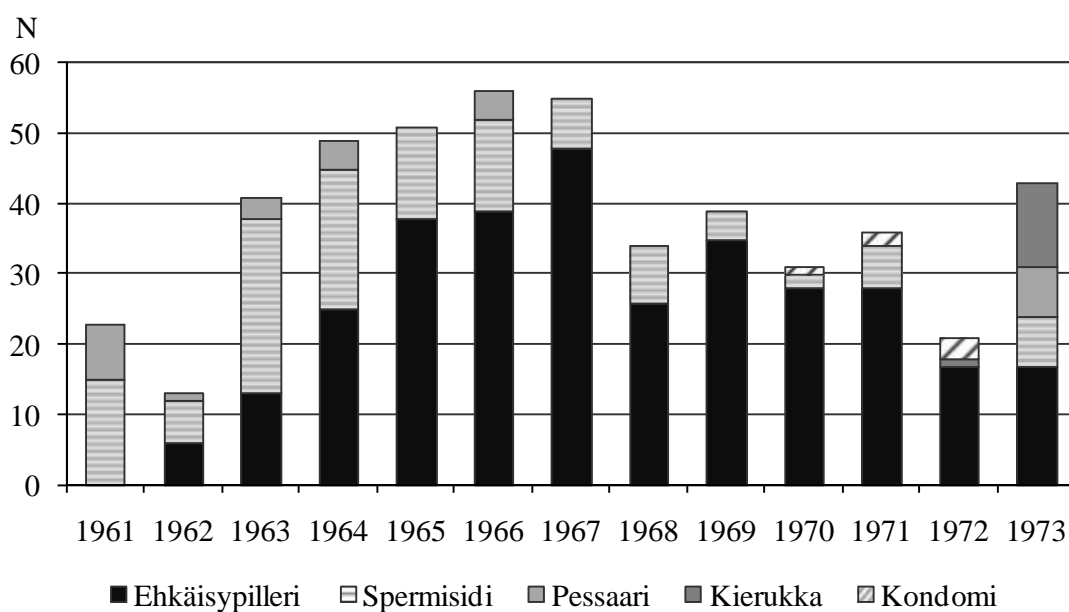
HUOM. Lehdet, joista mainokset on poimittu, ovat Suomen Lääkärilehti, Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, Avioliitto ja lääkäri sekä Lääkäri ja yhteiskunta. Kaikki tarkasteluvuosina ilmestyneet numerot on käyty läpi.



KUVIO 4. Ehkäisypillereiden lehtimainosten vuosittaiset määrät suhteutettuna markkinoilla olevien valmisteiden määrään ja lääkäreille suunnattujen lehtien kunakin vuonna ilmestyneisiin numeroihin vuosien 1962–1973 aikana

HUOM. 1 Markkinoilla olevista valmisteista tietoja ei ollut saatavilla vuodelle 1963.

HUOM. 2 Suomen Lääkärilehdestä ilmestyi 33 nroa vuonna 1962 (samoin 1961), 1963–73: 36 nroa / v; Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti: 1962: 1 nro / v; 1963, 1965–67, 1969–70: 4 nroa / v; 1964, 1968: 5 nroa / v; 1971–72: 6 nroa / v; Avioliitto ja lääkäri 1961–1966: 4 nroa / v sekä Lääkäri ja yhteiskunta: 4 nroa / v vuosina 1967–1972.



KUVIO 5. Ehkäisyvälinemainosten määrä vuosina 1961–1973 lääkäreille suunnatuissa lehdissä vuoden ja mainostetun välineen mukaan

HUOM. 1 Lehdet ovat Suomen Lääkärilehti, Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, Avioliitto ja lääkäri sekä Lääkäri ja yhteiskunta. Kaikki lehtien tarkasteluvuosina ilmestyneet numerot on huomioitu.

HUOM. 2 Jos samassa mainoksessa on mainostettu useampaa erillistä ehkäisyvälinettä, mainosta on lukumääriä laskettaessa käsitelty kuin kyse olisi välineiden erillisistä mainoksista. Pieni osa mainoksista on siten tullut lasketuksi useampaan kertaan.

Liite 3: Sisällön erittelyn tulokset

TAULUKKO 1. Valikoitujen suomenkielisten ehkäisy pillerimainosten tekstisisällön luokittelu painovuosien 1962–1965, 1966–1969 ja 1970–1973 mukaan

	1962–1965 (N=49)	1966–1969 (N=84)	1970–1973 (N=73)	Yhteensä (N=206)
Tekniset ja farmakologiset tiedot	%	%	%	%
Käyttötarkoitukset	98	92	89	92
Lääketieteelliset käyttötarkoitukset	53	12	16	21
Valmisteen koostumus	73	55	66	63
Kuvaus toimintaperiaatteesta	10	2	3	4
Kontraindikaatiot	18	7	19	14
Käyttöohjeet, annostelu	59	20	41	37
Lääkäriltä edellytetyt varotoimenpiteet	14	5	22	13
Sivuvaikutusten kuvailu	16	10	42	23
Saatavana reseptillä	35	5	7	13
Pakkauskoot	98	71	56	72
Hinta	16	10	5	10
Lisätietoja saatavilla	14	17	51	28
Vetoimuksen tyyppi				
Tuotteen edut				
Vähän hormoneja	12	37	60	39
Hormonien laadukkuus	16	38	51	37
Vähän sivuvaikutuksia	51	43	78	57
Luonnollisuus	27	33	56	40
Luotettavuus	61	56	58	58
Edullisuus	14	1	3	5
Helppokäyttöisyys	6	2	1	3
Professionaalinen hyväksyttävyys				
Tieteellisyys	37	24	59	39
Virallinen tunnustus	12	1	0	3
Lääkärikunnan tyytyväisyys	0	8	11	7
Käyttäjätyytyväisyys	4	24	16	17
Hallinnan tarve				
Kuukautisten kontrolli	6	5	12	8
Lisääntymisen kontrolli	57	35	22	35

TAULUKKO 2. Valikoitujen, vuosina 1962–1973 ilmestyneiden suomenkielisten ehkäisy pillerimainostekstien tekstisisällön luokittelu mainostyyppin mukaan

	Lehti (N=162)	Esite, kirje, kortti (N=37)	Opas (N=7)	Yhteensä (N=206)
Tekniset ja farmakologiset tiedot	%	%	%	%
Käyttötarkoitukset	91	97	100	92
Lääketieteelliset käyttötarkoitukset	20	24	43	21
Valmisteen koostumus	57	84	86	63
Kuvaus toimintaperiaatteesta	1	5	86	4
Kontraindikaatiot	4	41	100	14
Käyttöohjeet, annostelu	31	59	86	38
Lääkäriltä edellytetyt varotoimenpiteet	3	41	100	13
Sivuvaikutusten kuvailu	12	57	100	23
Saatavana reseptillä	15	0	14	13
Pakkauskoot	73	68	86	72
Hinta	9	11	14	9
Lisätietoja saatavilla	19	57	100	28
Vetoimuksen tyyppi				
Tuotteen edut				
Vähän hormoneja	33	68	29	39
Hormonien laadukkuus	30	59	100	37
Vähän sivuvaikutuksia	48	89	100	57
Luonnollisuus	33	59	100	40
Luotettavuus	51	78	100	58
Edullisuus	4	5	14	5
Helppokäyttöisyys	2	5	14	3
Professionaalinen hyväksyttävyys				
Tieteellisyys	30	70	100	39
Virallinen tunnustus	4	0	14	3
Lääkärikunnan tyytyväisyys	4	22	14	7
Käyttäjätyytyväisyys	16	22	0	17
Hallinnan tarve				
Kuukautisten kontrolli	6	16	14	8
Lisääntymisen kontrolli	31	49	71	35

TAULUKKO 3. Valikoitujen suomenkielisten ehkäisypillerimainosten kuvien luokittelu painovuosien 1962–1965, 1966–1969 ja 1970–1973 mukaan

	1962–1965 (N=71)	1966–1969 (N=186)	1970–1973 (N=131)	Yhteensä (N=388)
Tekninen kuvitus	%	%	%	%
Tuotokuva	21	24	15	20
Taulukko, kaavio tai tilastokuvio	3	7	23	12
Lääketieteellinen erikoiskuva	10	6	14	10
Mielikuvia luova kuvitus				
Symbolinen kuva	54	32	24	33
Personoitu käyttäjäkuva	8	28	12	19
Elämäntyylakuva	1	3	9	5
Muu				
Luokittelematon kuva	3	0	2	1
Yhteensä	100	100	100	100

HUOM. 1 Kuvattomia mainoksia on 2 kpl vuosina 1966–1969, 3 kpl 1966–1969 ja 10 kpl 1970–1973. Osuudet vastaavien vuosien kaikista mainoksista ovat 4 %, 4 % ja 14 %.

HUOM. 2 Pyöristyksen vuoksi kaikkien osuuksien summa taulukossa ei ole tasan sata.

TAULUKKO 4. Valikoitujen, vuosina 1962–1973 ilmestyneiden suomenkielisten ehkäisypillerimainosten kuvien luokittelu mainostyyppin mukaan

	Lehti (N=258)	Esite, kirje, kortti (N=84)	Opas (N=46)	Yhteensä (N=388)
Tekninen	%	%	%	%
Tuotokuva	23	13	20	20
Taulukko, kaavio tai tilastokuvio	2	37	20	12
Lääketieteellinen erikoiskuva	0	13	57	10
Mielikuvia luova				
Symbolinen kuva	41	26	4	33
Personoitu käyttäjäkuva	27	7	0	19
Elämäntyylikuva	6	2	0	5
Muut				
Luokittelematon kuva	2	1	0	1
Yhteensä	100	100	100	100

HUOM. 1 Kuvattomia lehtimainoksia on 9 kpl, esitteitä, kirjeitä sekä kortteja 5 kpl ja oppaita 1 kpl. Kaikista lehti-mainoksista kuvattomia on 6 %, esitteistä, korteista sekä kirjeistä 14 % ja oppaista 14 %.

HUOM. 2 Pyöristyksen vuoksi kaikkien osuuksien summa taulukossa ei ole tasan sata.